

Programación de cirugía   
  Tratamiento médico   
  Reembolso

**Instrucciones:**

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se acentan cambios posteriores.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN			
Apellido paterno, materno y nombre del paciente:		(ESPACIO LIBRE)	Edad: _____ Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Causa de atención: <input type="radio"/> Prevención <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente		Referido por otro médico o unidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Cuál? _____	
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes gineco-obstétricos (si es necesario)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
Principales signos y síntomas			
			Fecha de inicio DÍA    MES    AÑO D   D   M   M   A   A
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico		
			Fecha de diagnóstico DÍA    MES    AÑO D   D   M   M   A   A
Tipo de padecimiento <input type="radio"/> Congénito <input type="radio"/> Adquirido <input type="radio"/> Agudo <input type="radio"/> Crónico			
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No              ¿Cuál? _____			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

**Cancelado**

TRATAMIENTO	
Código CPT-4	Descripción de tratamiento
	<b>Fecha de inicio</b> DÍA      MES      AÑO D   D   M   M   A   A
¿Hubo complicaciones? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Descripción de complicaciones
Observaciones	
Nombre del hospital	Tipo de estancia
Ciudad:	<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalaria <input type="radio"/> Consulta externa / ambulatorio
	Fecha de ingreso      Fecha de egreso DÍA      MES      AÑO      DÍA      MES      AÑO D   D   M   M   A   A      D   D   M   M   A   A
Especialidad del médico tratante	
Apellido paterno, materno, nombre del médico	Teléfono:
Especialidad:	R.F.C.:
	Celular:
Cédula profesional:	Cédula de especialidad o certificación:
Número de proveedor	Correo electrónico:
Presupuesto:	
(ESPACIO LIBRE)	

Cancelado

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE