



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 aceptan cambios posteriores.

Programación de Cirugía Tratamiento Médico Reembolso

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------------------------------------------	--------------	-----------	------	---------------------------------------------------------------------------------

Causa de Atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

<u>Antecedentes Personales Patológicos</u>	<u>Antecedentes Personales No Patológicos</u>
<u>Antecedentes Gineco-Obstétricos</u>	<u>Antecedentes Perinatales (si es necesario)</u>

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución: 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año

Fecha de Inicio		
Día	Mes	Año

Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico
Para uso exclusivo de Seguros		Día Mes Año
1.-	Diagnóstico 1: _____	
2.-	Diagnóstico 2: _____	
3.-	Diagnóstico 3: _____	

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál? _____