



Informe Médico

Novamedic Seguros de Salud

Folio

Fecha		
Día	Mes	Año

Datos del Paciente

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Edad	Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
------------------	------------------	-----------	------	---

Ocupación	Estado Civil	Causa de la Reclamación Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/>
-----------	--------------	--

Antecedentes Patológicos y Quirúrgicos de Importancia

Antecedentes Gineco Obstétricos G <input type="radio"/> P <input type="radio"/> A <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	FUM	FUP	¿El Paciente fue referido por otro Médico Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
--	-----	-----	--

Nombre del Médico Referido

Padecimiento Actual (Describe principales signos y síntomas)

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos Día Mes Año	El padecimiento es: Adquirido	Congénito <input type="radio"/>	Con una evolución de: 1-30 D. <input type="radio"/> 1-3 M. <input type="radio"/> 3-6 M. <input type="radio"/> 6-12 M. <input type="radio"/> Más de 1 Año <input type="radio"/> Más de 2 Años <input type="radio"/>
--	----------------------------------	---------------------------------	---

Diagnóstico Definitivo.

Tratamiento	Especifique
Médico <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/>	

Pronóstico	Si requiere tratamiento posterior indique cual y por cuanto tiempo
------------	--

Estudios Practicados y Resultados

¿Requiere Hospitalización? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hospital	Fecha de Ingreso	Fecha de Cirugía
---	----------	------------------	------------------

Se requiere Incapacidad Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Total <input type="radio"/>	Desde	Hasta
--	-------	-------

Ampliaciones sobre el diagnóstico final y comentarios del médico tratante

Datos del Médico Tratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Teléfono Consultorio	Localizador	Clave	E-mail
----------------------	-------------	-------	--------

Especialidad	Consejo Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Vigencia Desde	Hasta	Cédula Prof.
--------------	--	----------------	-------	--------------

Firma del Paciente

Firma del Médico Tratante