

Nombre del Asegurado:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento:

Día Mes Año

Sexo: Masculino

Femenino

A) ¿Cuándo y cómo inició la lesión o enfermedad?

Día Mes Año

B) ¿Tenía el paciente algún padecimiento físico anterior?

No

Si

(Dar detalles) _____

C) ¿Contribuyó éste a su padecimiento o enfermedad?

No

Si

D) ¿Fue el paciente hospitalizado?

No

Si

Fecha de ingreso:

Día Mes Año

Hora:

Hrs. Mins.

Fecha de egreso:

Día Mes Año

Hora:

Hrs. Mins.

E) ¿Se efectuó intervención quirúrgica?

No

Si

Tipo: _____

F) Tratamiento (Si requiere más espacio, favor de anexar una carta) _____

G) ¿Requiere el paciente incapacidad?

No

Si

Desde:

Día Mes Año

Hasta:

Día Mes Año

H) Diagnóstico _____

Firmado en: _____ el _____ de _____ del año _____

Firma del Médico tratante

Nombre y domicilio del Médico tratante (Use letra de molde por favor)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Teléfono: _____

Radio Beep: _____

Cédula Profesional

Registro S.S.A.

Registro Federal de Contribuyentes

PARA SER LLENADO UNICAMENTE POR EL MEDICO COORDINADOR

HONORARIOS AUTORIZADOS

<i>Por tratamiento médico</i>	\$ _____
<i>Honorarios cirujano</i>	\$ _____
<i>1er. Ayudante</i>	\$ _____
<i>2do. Ayudante</i>	\$ _____
<i>Anestesiólogo</i>	\$ _____

OBSERVACIONES _____

Fecha en: _____ **el** _____ **de** _____ **del año** _____