INFORME MEDICO

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA

Nombre del paciente _____

No. De Póliza _____ Edad: _____ Sexo: F : ( ) M: ( ) OCUPACIÓN: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente:_____ Hora:_____

día / mes / año

Fecha 1er. Consulta:_____ Hora:_____

día / mes / año

Mecanismo de Lesión	**Diagnóstico**
Descripción de las Lesiones **Hallazgos**	**Tratamiento** **Fecha calculada de término del Tratamiento:**_____ día / mes / año

Descrpción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico:_____

_____

_____

ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA POR RADIÓLOGO CERTIFICADO

Costo del tratamiento completo Servicios:_____ Honorarios Médicos:_____

INCAPACIDAD

Mencione si el paciente por su lesión requiere de incapacidad temporal o definitiva:_____

Mencione a partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad y en que fecha se integrará a sus actividades habituales:

_____

Lugar y Fecha:_____

Médico Tratante

_____

FIRMA

Nombre:_____

RFC:_____

Cédula Profesional:_____

Cédula Especialidad: _____

Teléfonos:_____

Responsable del paciente

_____

FIRMA

Nombre:_____

No. De IFE _____

Teléfonos:_____

Fecha:_____

día / mes / año

CODIGO IM201305