SiSNova
Tu Seguro en Salud

FIM
INFORME MÉDICO

○ 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: ○ F ○ M

Causa de atención: ○ Prevención ○ Embarazo ○ Enfermedad ○ Accidente	Referido por otro médico o unidad: ○ Sí ○ No ¿Cuál? _____

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (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 ○ Congénito ○ Adquirido ○ Agudo ○ Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? ○ Sí ○ No ¿Cuál? _____

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

SiSNova
Tu Seguro en Salud

FIM
INFORME MÉDICO

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción de tratamiento
	Fecha de inicio DÍA D D MES M M AÑO A A
¿Hubo complicaciones? ○ Sí ○ No	Descripción de complicaciones

Observaciones

Nombre del hospital	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Ciudad:	○ Urgencia ○ Hospitalaria ○ Corta estancia / ambulatoria	DÍA D D MES M M AÑO A A	DÍA D D MES M M AÑO A A

Datos generales 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)

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.