



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 ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

| FICHA DE IDENTIFICACIÓN | | | |
|---|---|------|---|
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE: | (ESPACIO LIBRE) | EDAD | SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| 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"/> SI <input type="checkbox"/> 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 DIA MES AÑO |
| CÓDIGO CIE-10 | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO | | FECHA DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO |
| | | | |
| TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO | | | |
| ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____ | | | |
| RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO) | | | |
| | | | |

| TRATAMIENTO | | | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|
| CÓDIGO CPT-4 | DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO | | |
| ¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES | | |
| OBSERVACIONES | | | |
| NOMBRE DEL HOSPITAL | TIPO DE ESTANCIA | FECHA DE INGRESO | FECHA DE EGRESO |
| CIUDAD: | <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |
| DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE | | | |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____ | | TELÉFONO: _____ | |
| ESPECIALIDAD _____ | R.F.C. _____ | CELULAR: _____ | |
| CÉDULA PROFESIONAL _____ | CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN _____ | | |
| NÚMERO DE PROVEEDOR _____ | E-mail _____ | | |
| PRESUPUESTO | | | |
| (ESPACIO LIBRE) | | | |

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.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE