

Informe Médico

1-. Nombre del paciente

2-. Fecha de la 1a. consulta

3-. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas

4-. ¿Presentó el paciente dolor torácico? Si No Fecha

Descripción

Duración

5-. Sintomatología y signología agregada

6-. Electrocardiogramas practicados

Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>

7-. Resultados de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>

8-. Resultados de otros estudios de laboratorio o gabinete practicados

Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de estudio	<input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de estudio	<input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de estudio	<input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de estudio	<input type="text"/>	Resultado	<input type="text"/>

9-. Diagnóstico establecido

Informe Médico

10- ¿Fuma o fumaba el paciente? Si No

Fecha de inicio

Nº de cigarros al día

Fecha en que dejó de hacerlo

11- ¿Había presentado el paciente hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, gota o cualquier otra enfermedad relacionada con la enfermedad coronaria?

Si No Fecha

Diagnóstico

12- ¿Había tenido el paciente con anterioridad enfermedad coronaria?

Si No Fecha

Diagnóstico

13- ¿Estuvo el paciente recluido en su domicilio o en algún hospital?

Si No Fecha de entrada Fecha de salida

Denominación del hospital

Dirección del hospital

14- ¿Que tratamiento tuvo?

15- Otros médicos que atendieron al paciente

Nombre	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>

16- Observaciones

--

Lugar y fecha

--

Firma

Nombre del médico

Domicilio

Registro S.S.A.

<input type="text"/>		
<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Cédula profesional	<input type="text"/>

Le agradeceremos proporcionarnos con carácter devolutivo, los electrocardiogramas practicados, así como copia del resultado de los exámenes de laboratorio y gabinete realizados.

Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®