

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**Trámite**

Programación de cirugía  Programación de tratamiento médico  Reembolso

**Ficha de identificación**

**Nombre del paciente**

Apellido paterno  Apellido materno   
 Nombre(s)  Fecha de nacimiento 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

  
 Sexo: M  F  Edad  N° de Póliza   
 Causa de atención: Embarazo  Enfermedad  Accidente

**Historia clínica** (especificar tiempo de evolución)

<p>Antecedentes personales patológicos</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <p>Antecedentes gineco-obstétricos</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>									<p>Antecedentes personales no patológicos</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <p>Antecedentes perinatales (si es necesario)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								

**Padecimiento actual**

De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento

	Fecha de inicio								
	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A		

Código ICO	Diagnóstico(s) definitivos(s)	Fecha de diagnóstico								
		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A			

**Tipo de padecimiento**

Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico   
 ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento? Si  No  ¿Cuál?   
 Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

## Tratamiento

CPT4 (sólo como referencia)	Descripción del tratamiento	Fecha de diagnóstico						
		D	D	M	M	A	A	A

Complicaciones Si  No

Descripción de complicaciones

Información adicional

## Nombre del hospital

Ciudad  Estado

## Tipo de estancia

Urgencia  Hospitalaria  Corta estancia / Ambulatoria  Fecha de ingreso

## Datos del (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)

Apellido paterno  Apellido materno   
Nombre(s)  Tipo de participación   
Especialidad  Cédula profesional   
Cédula de especialidad o certificación  Presupuesto   
Teléfono  Celular  Fax   
Nextel  Correo electrónico (si cuenta con el)

Apellido paterno  Apellido materno   
Nombre(s)  Tipo de participación   
Especialidad  Cédula profesional   
Cédula de especialidad o certificación  Presupuesto   
Teléfono  Celular  Fax   
Nextel  Correo electrónico (si cuenta con el)

**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, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.**

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante