

Informe Médico

1-. Nombre del paciente

2-. Fecha de la 1ª consulta

3-. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas

4-. ¿La parálisis de las extremidades fue debida a un accidente? Si No

Fecha Circunstancias

5-. ¿La parálisis de las extremidades fue debida a enfermedad? Si No

Fecha de las primeras manifestaciones

Cuadro clínico y resultado de estudios de laboratorio practicados

6-. Diagnóstico establecido

7-. ¿Que extremidades se encuentran paralíticas?

8-. En cada extremidad, señale el nivel dónde se inicia la parálisis?

9-. ¿La parálisis es completa? Si No

10-. ¿La parálisis es irreversible? Si No

11-. ¿Fuma o fumaba el paciente? Si No

Fecha de inicio Fecha en que dejó de hacerlo Número de cigarros al día

12-. ¿Había tenido el paciente con anterioridad cualquier enfermedad neurológica o muscular o cualquier otra relacionada con la parálisis?
Fecha Si No

Diagnóstico

Informe Médico

13- ¿Estuvo su paciente recluido en su domicilio o en algún hospital? Si No

Fecha de Entrada Fecha de Salida

Denominación y domicilio del hospital

14- ¿Se encuentra el paciente incapacitado en forma total y permanente para el desarrollo de sus actividades habituales? Si No

Fecha de Inicio de la incapacidad

15- ¿Que tratamiento tuvo?

16- Otros médicos que atendieron al paciente

Nombre	Domicilio	Teléfono
<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"/>

17- Observaciones

Lugar y fecha

Firma

Nombre del Médico

Domicilio Teléfono

Registro S.S.A. Ced. Profesional

Le agradecemos proporcionarnos con carácter devolutivo, los estudios de laboratorio o gabinete (rayos X) demostrativos de la lesión o padecimiento del paciente.