



# INFORME DEL MEDICO

Nombre completo del paciente

Edad

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:

En caso de paciente femenina ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO?

SI  NO

Edad gestacional por F.U.M. \_\_\_\_\_

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?

Indique la fecha de la primera consulta:

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

¿Qué condición similar o igual a esta ha tenido el Paciente y desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? \_\_\_\_\_

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? \_\_\_\_\_  
(Describe detalladamente) \_\_\_\_\_

¿Costo de esta intervención? \_\_\_\_\_

¿Con internación? SI  NO

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

¿DONDE SE EFECTUÓ?

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HASTA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

DIGA LAS FECHAS DEL TRATAMIENTO

Cobrado por Visita

Total

Consultorio \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Esta todavía el paciente a su cuidado por ésta condición? (si fué dado de alta, dé la fecha)

SI  NO

Fecha

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Si hubiere fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta:

Si hubiere fractura de huesos largos, diga la clase y localización:

¿Fué confirmado por rayos X?

SI  NO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Médico \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico \_\_\_\_\_