



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			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO							
FECHA DE INICIO																
DÍA	MES	AÑO														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">CÓDIGO CIE-10</th> <th>DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">FECHA DIAGNÓSTICO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>			FECHA DIAGNÓSTICO			DÍA	MES	AÑO			
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO															
FECHA DIAGNÓSTICO																
DÍA	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 FÍSICAY DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)																

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
			FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DIA MES AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO: _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
PRESUPUESTO			
<div style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">(ESPACIO LIBRE)</div>			

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

