

# PROGRAMA de PROTECCIÓN en ACCIDENTES PERSONALES



## INFORME MEDICO

### SECCION II

Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha Accidente: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Fecha 1a Consulta: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Mecanismo del Accidente: \_\_\_\_\_

Descripción de las lesiones: \_\_\_\_\_

Diagnostico : \_\_\_\_\_

Tratamiento : \_\_\_\_\_

Fecha de término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Informe Adicional** Si hubo necesidad de placas radiográficas señalar la cantidad: \_\_\_\_\_

Número de consultas: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Doctor responsable**

R.F.C. \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfonos : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Responsable del paciente, Nombre y Firma:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Teléfonos : \_\_\_\_\_