

# Informe Médico



Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la empresa. Este documento no se acepta con tachaduras o enmendaduras; de lo declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores. Este cuestionario debe ser requisitado por el médico tratante con letra legible. Le suplicamos no dejar preguntas y / o espacios sin contestar.

Estimado Doctor:

El **Plan de Reembolso de Gastos Médicos Mayores de Operadora Mercantil de Servicios, Administración y Soporte Integral, S.A. de C.V.** de antemano le agradece la información que pueda proporcionar a favor de:

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

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Signos Vitales:** FC \_\_\_\_\_ x' FR \_\_\_\_\_ x' T \_\_\_\_\_ °C Talla \_\_\_\_\_ cm. Peso \_\_\_\_\_ kg.

**Antecedentes Heredo-familiares:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales no patológicos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales patológicos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes Gineco-obstétricos** (solo en caso que el paciente sea femenino):

**Menarca** \_\_\_\_\_ **I.V.S.A.** \_\_\_\_\_ **F.U.M.** \_\_\_\_\_ **G** \_\_\_\_\_ **P** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_

Fecha en que atendió por primera vez al paciente.

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Fecha en que iniciaron los primeros signos y síntomas.

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

**Describa ampliamente el cuadro clínico:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Describa los datos positivos relacionados con el padecimiento actual en la exploración física:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indique el diagnóstico (s) definitivo (s) y la etiología (causa) correspondiente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Estudios Auxiliares:**    Sí ☐    No ☐    **¿Cuales?:** (anexar resultados) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El padecimiento actual es:**

**Congénito** ☐    **Adquirido** ☐    **¿como lo adquirió?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Es consecuencia de otra enfermedad:**

**Sí** ☐    **¿Cual ?** \_\_\_\_\_    **No** ☐

**Plan de Tratamiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indique Cirugía realizada:**

\_\_\_\_\_

**Extirpo alguna pieza quirúrgica:**    **Sí** ☐    **cual?** Anexar estudio histopatológico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El paciente estuvo hospitalizado:**

**Sí** ☐, en que Hospital \_\_\_\_\_    **No** ☐,

**Fechas en que atendió al paciente en el hospital:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Datos del Médico

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Cédula profesional No.** \_\_\_\_\_ **R.F.C.** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Fechado en:** \_\_\_\_\_ **el día** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **del 20** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**NOTA: Sus observaciones y comentarios adicionales, favor de anexarlos en hoja membretada.**