

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 Teléfonos de México, 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 200_____

Firma: _____

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