

Informe Médico

Ficha de Identificación

Apellidos del Paciente		Nombre(s) del Paciente		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causas de Atención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente			Referido por otro Médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Ocupación					

Historia Clínica (importante especificar el tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos		Antecedentes Personales No Patológicos	
Antecedentes Gineco-Obstétricos		Antecedentes Perinatales	

Padecimiento Actual

Signos y síntomas En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos.		Fecha de Inicio Día Mes Año	
Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de Inicio Día Mes Año	
Tipo de Padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico			
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			

Estudios de laboratorio y gabinete practicados

Tratamiento

Código CTP-4	Tratamiento	Fecha de Inicio Día Mes Año	
Complicaciones			