

**Informe Médico**  
**Gastos Médicos - Private Client**



Este formato debe de ser llenado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

**ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO INICIALMENTE NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.**

**Tipo de Trámite**

Programación de Cirugía  Tratamiento Médico y/o Quirúrgico NO Programado  Reembolso

**Ficha de Identificación**

**Nombre del Paciente**

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre (s)

Sexo:  F  M Edad:  Fecha de Nacimiento:  No. Póliza:

**Historia Clínica (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)**

**Antecedentes Personales No Patológicos**

**Antecedentes Personales Patológicos**

**Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)**

**Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)**

**Padecimiento Actual**

De acuerdo a la Evolución Natural de la Enfermedad, favor de indicar la fecha de Inicio de los primeros síntomas.

	Fecha de Inicio
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
Diagnóstico (s) Definitivo (s)	Fecha de Diagnóstico
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA
<input type="text"/>	DD / MM / AAAA

**TIPO DE PADECIMIENTO**

Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico  Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? No  Si

¿Cuál?

**Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo**