

INFORME DEL MÉDICO

1) Nombre del Paciente Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____			2) Fecha del primer examen		3) Fecha en que aparecieron las primeras molestias o síntomas	
4) Naturaleza exacta de la lesión o enfermedad, su desarrollo y diagnóstico Fecha de diagnóstico: _____			Descripción del tratamiento			
5) Describa las complicaciones si las hay			Antecedentes patológicos			
6) Si se trata de enfermedad, ¿ es de origen congénito?			Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
7) ¿ Ha tenido el paciente alguna vez la misma o algunas afecciones similares?			Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
8) En caso afirmativo, descríbalas: _____						
9) Sírvase citar las fechas en que atendió al paciente		10) Domicilio		11) Consultorio		
12) Si fue hospitalizado, sírvase citar fechas		13) Se practicó alguna intervención quirúrgica?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
15) Considera usted que el paciente ha quedado completamente curado o habrá necesidad de seguir algún tratamiento?		14) Favor de indicar claramente la naturaleza de la intervención quirúrgica practicada:				
		16) En éste caso ¿ Por cuanto tiempo ?				
17) ¿ Fue la lesión o enfermedad de naturaleza tan grave que le incapacitará e impedirá completamente desempeñar todas y cada una de las obligaciones propias de su ocupación			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
18) En caso afirmativo, ¿ desde que día estima usted que el enfermo haya quedado incapacitado totalmente para desempeñar todas y cada una de las obligaciones propias de su ocupación ? Desde el _____ de _____ de _____ hasta el _____ de _____ de _____						
19) Si después del periodo de incapacidad total a que se refiere el punto 18, usted estima que el paciente estará incapacitado parcialmente para desempeñar las labores de su ocupación, sírvase indicar fechas aproximadas Desde el _____ de _____ de _____ hasta el _____ de _____ de _____						
20) Otros médicos tratantes que atendieron al paciente con respecto a este padecimiento Nombre: _____ Domicilio: _____						
Observaciones:						
Nombre y firma del médico tratante:		Dirección:		Ced Prof:		Reg. S.S.A.
						R.F.C.
Fechado en _____ el _____ de _____ del 20 _____						