



## INFORME DEL MEDICO

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere: \_\_\_\_\_

En caso de paciente femenina ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? \_\_\_\_\_

SI  NO

Edad gestacional por F.U.M. \_\_\_\_\_

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

Indique la fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

¿Que condición similar o igual a esta ha tenido el paciente y desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? \_\_\_\_\_

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? \_\_\_\_\_

(Describa detalladamente) \_\_\_\_\_

¿Costo de esta intervención? \_\_\_\_\_

¿Con internación? SI  NO

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

¿DONDE SE EFECTUÓ?

DESDE

HASTA

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

DIGA LAS FECHAS DEL TRATAMIENTO

Cobrado por Visita

Total

Consultorio \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Está todavía el paciente a su cuidado por ésta condición? (si fué dado de alta, de la fecha)

SI  NO

Fecha

DIA	MES	AÑO

Si hubiere fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta: \_\_\_\_\_

Si hubiere fractura de huesos largos, diga la clase y localización: \_\_\_\_\_

¿Fué confirmado por rayos X? \_\_\_\_\_

SI  NO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del Médico: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico