

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MEDICO

 REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE

2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

3.- ESTE DOCUMENTO NO SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

No. PÓLIZA

EDAD

SEXO

 F

 M

CAUSA DE ATENCIÓN

 PREVENCIÓN

 EMBARAZO

 ENFERMEDAD

 ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD

 SI

 NO

¿CUAL? \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLINICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)**

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

**PADECIMIENTO ACTUAL**

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS

 FECHA DE INICIO  
DÍA    MES    AÑO

CODIGO CIE-10

DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO

 FECHA DIAGNOSTICO  
DÍA    MES    AÑO

**TIPO DE PADECIMIENTO:**
 CONGENITO

 ADQUIRIDO

 AGUDO

 CRONICO

 ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGUN OTRO PADECIMIENTO,  
ENFERMEDAD O ACCIDENTE?

 SI

 NO

¿CUAL? \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXPLORACION FISICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNOSTICO)

**TRATAMIENTO**

| CODIGO CPT-4    | DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO  |                 |  |  |     |     |     |  |  |  |
|-----------------|--|-----------------|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
|                 | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width: 30px;">DIA</td> <td style="width: 30px;">MES</td> <td style="width: 30px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> | FECHA DE INICIO |  |  | DIA | MES | AÑO |  |  |  |
| FECHA DE INICIO |  |                 |  |  |     |     |     |  |  |  |
| DIA             | MES  | AÑO             |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                 |  |                 |  |  |     |     |     |  |  |  |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| ¿HUBO COMPLICACIONES?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DESCRIPCION DEL COMPLICACIONES |
|--|--------------------------------|

OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

|                                    |   |   |  |
|------------------------------------|---|---|--|
| NOMBRE DEL HOSPITAL<br><br>CIUDAD: | TIPO DE ESTANCIA<br><input type="checkbox"/> URGENCIA<br><input type="checkbox"/> HOSPITALARIA<br><input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA | FECHA DE INGRESO<br>DIA    MES    AÑO<br> | FECHA DE EGRESO<br>DIA    MES    AÑO<br> |
|------------------------------------|---|---|--|

**DATOS GENERALES DEL MEDICO TRATANTE**

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

NUMERO DE PROVEEDOR \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PRESUPUESTO

|                   |          |                     |          |
|-------------------|----------|---------------------|----------|
| MONTO CONSULTA    | \$ _____ | MONTO 1er. AYUDANTE | \$ _____ |
| MONTO CIRUJANO    | \$ _____ | MONTO 2do. AYUDANTE | \$ _____ |
| MONTO ANESTESISTA | \$ _____ | INTERCONSULTAS      | \$ _____ |

ESPECIFICAR ESPECIALISTAS \_\_\_\_\_

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE