



1. Este formao debe ser llenado y firmado por el Médico tratante.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

Ficha de identificación

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) del paciente: Clave: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Causa de atención: Medicamento: ☐ Referido por otro médico o unidad: _____
Estudios: ☐ Enfermedad: ☐ Accidente: ☐ Sí ☐ No ☐ Cuál: _____

Historia Clínica (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 y año) :

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnósticos):

--

Código DE-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de diagnostico:
Tipo de padecimiento: Congenito: ☐ Adquirido: ☐ Agudo: ☐ Crónico: ☐ Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Sí ☐ No ☐ Cual: _____		

Tratamiento		
Código CD-04	Descripción del tratamiento:	Fecha de inicio:
¿Hubo complicaciones? Sí ☐ No ☐ Descripción de complicaciones:		
Observaciones:		

Nombre del Hospital: _____	Fecha de ingreso: _____
Ciudad: _____	Fecha de egreso: _____
Tipo de estancia:	Urgencia ☐ Hospitalización ☐ Corta estancia / Ambulancia: ☐

Datos generales del Médico tratante:	
Nombre: _____	Telefono: _____
Especialidad: _____	R.F.C.: _____ Celular: _____
Cédula Profesional: _____	Cédula de especialidad o certificación: _____
Número de proveedor: _____	E-mail: _____
<i>Firma</i>	

Procede ☐ No Procede ☐
Observaciones:
Lugar y Fecha: _____