



**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 será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**Datos del asegurado afectado**

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	No. de Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Actividad, Ocupación o Profesión	Género	Edad
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Datos del accidente**

Fecha del accidente Día  Mes  Año  Hora (hh:mm)

Fecha 1er. Consulta Día  Mes  Año

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Mecanismo de Lesión**

**Diagnóstico**

**Descripción de las Lesiones / Hallazgos**

**Tratamiento**

**Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico:**

Fecha calculada de término del Tratamiento:

Día  Mes  Año

**Anexar interpretación de los estudios de imagenología por radiólogo certificado**



**Costo del tratamiento completo:**

Servicios \_\_\_\_\_

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Honorarios médicos \_\_\_\_\_

**Tipo de estancia**

Urgencia \_\_\_\_\_ Corta estancia / Ambulatoria \_\_\_\_\_

Hospitalaria \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso

Día  Mes  Año

Fecha de egreso

Día  Mes  Año

**Incapacidad**

El paciente por su lesión, ¿requiere Incapacidad Temporal o Definitiva?

A partir de que fecha se inicia el periodo de Incapacidad. Día  Mes  Año

En que fecha se integrará a sus actividades habituales. Día  Mes  Año

**Médico tratante**

Nombre completo \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_

Cédula especialidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

**Responsable del paciente**

Nombre completo \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_

No. de identificación oficial \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente