

Informe Médico



Estimado Doctor:

El **“Plan de Reembolso de Gastos Médicos Mayores” de Teléfonos de México, S.A. de C.V.** de antemano le agradece la información que pueda proporcionar a favor de:

Nombre del Paciente: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha en que por primera vez se diagnosticó el **padecimiento**.

Día	Mes	Año
------------	------------	------------

Estudios practicados (Anexar copia de los resultados e interpretación)

Fecha en que por primera vez se hicieron aparentes los síntomas o signos derivados de la enfermedad.

Día	Mes	Año
------------	------------	------------

Naturaleza de la lesión o **enfermedad y diagnóstico exacto**:

Resumen de la Historia Clínica, detallando la etiología y evolución del padecimiento

Antecedentes Personales no patológicos:

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Antecedentes Personales patológicos y quirúrgicos:

Tratamiento médico suministrado indicando el nombre, en su caso de la intervención quirúrgica: _____

La enfermedad se considera:

Adquirida Aguda
Crónica Congénita

Es a consecuencia de otra enfermedad:

Si **No**

En caso de ser afirmativo, especifique el desarrollo:

Sírvase citar las fechas en que atendió al paciente: _____

Consultorio: _____ Hospital: _____

Domicilio: _____

Datos del Médico

Nombre: _____

Especialidad: _____

Cédula profesional No. _____ **R.F.C.** _____

Domicilio: _____

_____ **Tel.** _____

Fechado en: _____ el día _____ de _____ del _____

Firma: _____

Si el paciente le fue referido por otro médico, favor de citar los siguientes datos:

Nombre: _____

Domicilio: _____ **Teléfono** _____

NOTA: Sus observaciones y comentarios adicionales, anexarlos en hoja membretada.