

INSTRUCCIONES

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

☐ Programación de Cirugía
 ☐ Tratamiento Médico
 ☐ Hospitalización

DATOS DEL

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo ☐ F ☐ M
Causa de Atención ☐ Choque ☐ Atropellado ☐ Caída en Camión ☐ Otro		Referido de Cruz Roja o Verde Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?		

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN ANOTANDO FECHAS DE PATOLOGÍAS Y

Antecedentes Personales Patológicos ☐ Cardíacos ☐ HIV/SIDA Problemas ☐ Presión Alta ☐ Hepáticos Cirugías: ☐ Diabetes ☐ Otros: _____ ☐ Convulsiones ☐ _____	Antecedentes Personales No Patológicos ☐ ¿Consume regularmente bebidas alcohólicas? ☐ ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarros (5 cajetillas) en su vida? ☐ ¿Ha consumido o consume drogas? ☐ Pérdida no intencional de más de 5 kgs.
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales (si es necesario)

DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICO

Fecha de Inicio	Día	Mes	Año

PADECIMIENTO ACTUAL (PRINCIPALES SIGNOS, SÍNTOMAS Y DETALLES DE EVOLUCIÓN)

Fecha de Inicio	Día	Mes	Año	
Periodo de evolución:	☐ 1 a 3 días	☐ 3 a 6 días	☐ 6 a 12 días	☐ Más de 1 mes

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Fecha de Diagnóstico	Día	Mes	Año	
Diagnóstico 1:				
Diagnóstico 2:				
Diagnóstico 3:				
Tipo de Padecimiento:	☐ Agudo	☐ Crónico	☐ Degenerativo	☐ No Accidente
Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente:	Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?			

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Talla: _____ cm.	Peso: _____ Kg.	T/A: _____ mm/Hg.	FC: _____ x'	FR: _____ x'	T: _____ C.
------------------	-----------------	-------------------	--------------	--------------	-------------

EXPLORACIÓN FÍSICA

TRATAMIENTO

Descripción de Tratamiento, anterior y actual, especificando dosificación y fecha de inicio

¿Hubo Complicaciones? Sí ☐ No ☐

Radiografías Realizadas:

1.
2.
3.

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia / Ambulatoria	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Ciudad		Día Mes Año	Día Mes Año

Estudios de Laboratorio realizados y resultados relevantes

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))		Teléfono
Especialidad	R.F.C.	Celular
Cédula Profesional	Cédula de Especialidad o Certificación	
Domicilio Consultorio	Correo electrónico	
Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):		
Anestesiólogo:		
Ayudante 1:		
Ayudante 2:		
Otro(s) Médico(s):		

Aviso de Privacidad: MUTJAL, A.C. con domicilio en Europa No. 1998, Col. la Loma , c.p. 44800, Guadalajara Jalisco México ; utilizará sus datos personales aquí recabados para su atención Médica completa como consecuencia del accidente ocasionado. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer , usted puede acceder al aviso de privacidad completo , a través de su visita a nuestras instalaciones en el domicilio antes mencionado, o vía correo electronico : mutjal@hotmail.com y/ página de internet:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	LUGAR Y FECHA

Para cualquier duda o aclaración, puede ponerse en contacto con el Coordinador médico de la mutualidad : Dr Víctor Hugo de la Torre Cuevas, Mar de Marmara No. 1991, Colonia Lomas del Country, Guadalajara Jalisco México.Teléfono 333105-6080.