



## INFORME MEDICO

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

- 1.- Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_
- 2.- De su diagnóstico completo \_\_\_\_\_
- 3.- Si se practicó cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Dónde se efectuó la operación? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_
- Honorarios por cirugía únicamente  
(Exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) L. \_\_\_\_\_
- 4.- De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas L. \_\_\_\_\_ c/u
- 5.- ¿Ordenó usted la hospitalización? \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital \_\_\_\_\_
- Admitido el \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.m. Salida \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.m.  
Día Mes Año P.m. Día Mes Año P.m.
- 6.- Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa de esta lesión? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Si No
- 8.- ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de las labores?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_
- 9.- ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_
- 10.- Obligaciones del paciente en su trabajo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Fecha \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES Y DESGLOSE DE HONORARIOS MEDICOS:

F. 6/63