

NOMBRE DEL PACIENTE			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	EDAD
			SEXO

HISTORIA CLINICA	
Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes personales no Patologicos
Tiempo de evolucion	Tiempop de evolucion
Antecedentes Gineco Obstetricos	Antecedentes perinatales ( si es necesario)

ACCIDENTE	
FECHA DEL ACCIDENTE	
Como Ocurrio	
Diagnóstico	
Descripcion de Tratamiento	
Describe complicaciones	

Nombre del Hospital			
Tipo de Estancia	Nombre del Médico _____		
Urgencia <input type="checkbox"/>	Especialidad _____		
Hospitalaria <input type="checkbox"/>	C. profesional. _____ Cédula Especialidad _____		
Corta estancia / Ambulatoria <input type="checkbox"/>	Medico de Red	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presupuesto			
Nombre de Ayudante			
Nombre de Anestesiólogo			

Nota: Como medico tratante autorizo a los Hospitales donde fue atedido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que refieran estado de salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto , en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostatica de esta autorizacion tiene el mismo valor que la original.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios medicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad , y asimismo por lass referencias del propio paciente o de sus familiares

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE