



**INFORME MEDICO PARA USO EXCLUSIVO DE HOSPITAL**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha Accidente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha 1°. Consulta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Mecanismo del Accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripciones de las lesiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Información Adicional, atención médica adicional? \_\_\_\_\_

Número de consultas \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Doctor responsable \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ Cedula Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable del paciente, Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_