



### INFORME MEDICO

FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Motivo de la Consulta: ACC. ( ) ENF. ( ) EMBARAZO ( ) OTRO ( )

1.- Fecha en que atendió por vez primera al paciente con motivo de este u otros padecimientos: \_\_\_\_\_

2.- Fecha en que el paciente sufrió la lesión o en la que los primeros signos y síntomas se hicieron aparentes: \_\_\_\_\_

3.- ¿Sabe usted si su paciente cuenta con antecedentes de alguna otra enfermedad?  
SI ( ) NO ( ). ( En caso afirmativo) Consigne diagnosticos, tipos de tratamientos y fechas de los mismos: \_\_\_\_\_

4.- El padecimiento, motivo de la consulta es:  
Adquirido: \_\_\_\_\_ Congenito: \_\_\_\_\_ Genetico: \_\_\_\_\_

¿ Es Cáncer ? SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

¿Que Evolución tiene ? \_\_\_\_\_

#### EXPLORACION FISICA

Describe los datos positivos relacionados al padecimiento: \_\_\_\_\_

#### DIAGNOSTICO (S)

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS AUXILIARES QUE LE PERMITIERON ESTABLECER EL DIAGNOSTICO

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_