



Informe médico

DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE:		Nº COLEGIADO:	
ESPECIALIDAD:		FECHA INFORME:	

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Nº ASEGURADO/A:		Nº PÓLIZA:	
PRESTACIÓN:			

CUESTIONARIO MÉDICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE:		(Indicar fechas de inicio de la patología)
MOTIVO DE CONSULTA Y/O INGRESO:		(Indicar fecha de inicio de la enfermedad, de los síntomas y del diagnóstico)
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:		(realizadas y resultados)
DIAGNÓSTICO:		
EVOLUCION:		
TRATAMIENTO. ACTO QUIRÚRGICO:		
PRECISA INGRESO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nº DÍAS INGRESO: <input type="text"/>
PRONÓSTICO:		

Firma del facultativo