

## Informe Médico

Nombre del Facultativo	Nº de colegiado
Especialidad	Fecha del Informe

### Datos de la prestación

Nombre del Paciente	Nº de póliza
Prestación sanitaria	

### Cuestionario médico

**Antecedentes patológicos del paciente** (indicar fecha de inicio de la patología)

**Motivo de la consulta y/o ingreso** (indicar la fecha de inicio de la enfermedad de los síntomas y del diagnóstico.)

**Pruebas diagnósticas** (realizadas y resultados)

**Diagnóstico**

**Evolución**

**Tratamiento. Acto quirúrgico**

**Preciso ingreso (si/no):**

**Nº de días de ingreso:**

**Pronóstico**

Firma del facultativo