



Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica.

Nombre del paciente:

Fecha del accidente:

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M.
P.M.

Fecha de la 1a. consulta:

Fecha: DD/MM/AA Hora: : A.M.
P.M.

Mecanismo de la lesión:

Diagnóstico:

Descripción de las lesiones:

Tratamiento y descripción de medicamentos:

Fecha calculada de términos del tratamiento:

Fecha: DD/MM/AA

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico:

Costo estimado del
tratamiento completo:

Servicios: \$ _____

Honorarios médicos:

\$ _____

Médico tratante

Nombre y firma:

RFC: _____ Cédula profesional: _____

Teléfono particular: () _____

Responsable del paciente

Nombre y firma:

Fecha: DD/MM/AA

Teléfono particular: () _____