

**BENEFICIENCIA ESPAÑOLA DE LA LAGUNA
PROGRAMA DE ASOCIADOS**

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Clave de asociado: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Edad: _____ Estado civil: _____

Causa de atención: _____

HISTORIA CLÍNICA

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente o embarazo: ____/____/____/

Antecedentes personales patológicos (con fecha de inicio) _____

Antecedentes personales no patológicos _____

Antecedentes gineco-obstétricos _____

Antecedentes perinatales (si es necesario) _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas _____

Código (CIE-10) Descripción del diagnóstico y etiología _____

Tipo de padecimiento: ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente:

¿Cuál? _____

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados

(anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico): _____

Código (CPT-4) Descripción del tratamiento: _____

Fecha de inicio: ____/____/____/

¿Hubo complicaciones? Descripción de las complicaciones: _____

Observaciones: _____

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Tipo de estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulatoria

Fecha de ingreso: ____/____/____/ Fecha de egreso: ____/____/____/

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

Clave de médico asociado: _____

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Nombre del cirujano: _____

Nombre del ayudante: _____

Nombre del anestesista: _____

Fecha de la cirugía: ____/____/____/

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante