



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

Nombre del paciente:

Fecha del accidente: Fecha: Hora:

Fecha de la 1a consulta: Fecha: Hora:

Mecanismo del lesión:

Diagnóstico:

Descripción de las lesiones:

Tratamiento y descripción de medicamentos:

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico:

Fecha calculada de término del tratamiento: Fecha:

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:

Teléfono particular: () _____