

Folio:

# INFORME MÉDICO

Fecha:

Datos del hospital

Nombre de empresa:

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:

Sexo: F  M  Edad:

Padecimiento actual:

Antecedentes:

## SIGNOS VITALES

GLASGOW

FC

FR

TEMP

SPO2

T/A

Exploración física:

IDX:

Tx:

Comentarios:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES Por medio de la presente autorizó en este acto a Integra Salud para transmitir a la empresa \_\_\_\_\_

los resultados que se obtuvieron de la consulta médica a domicilio así mismo autorizo la transferencia de la información antes referida a sus filiales, subsidiarias, o empresas relacionadas La firma de la presente manifiesta mi consentimiento expreso para que sea transmitida esta información de carácter sensible con la finalidad de cumplir con la ley de protección de datos personales, dejando a salvo mi derecho de revocar la presente autorización en cuyo caso se deberá solicitar Puede consultar nuestro aviso de privacidad en nuestra página <https://www.integra-salud.mx/aviso-legal-y-de-privacidad>

Nombre del médico:

Firma del médico

Cedula:

Firma del paciente o responsable

Universidad de egreso:

Chat en la página

o vía telefónica al

Visítanos en

App Integra contigo