

## INFORME MÉDICO

### GRAVES ENFERMEDADES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

#### INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente (completo)

Edad

Antecedentes Clínicos Relevantes

Síntomas o Dolencias que motivan la consulta especificando fechas

Fecha y Lugar en el que se atendió al Paciente por primera vez

Impresión Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

Exámenes Clínicos, Patológicos de Gabinete o de cualquier tipo que sirvieron para formular el Diagnóstico

Tratamiento y/o Intervención Quirúrgica realizado (a)

Lugar y Fecha de la Intervención Quirúrgica

#### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre (completo)

Especialidad

Domicilio (completo)

Teléfono

Cédula Profesional

R.F.C.

Radio Bip y Celular

**Nota:** Como Médico Tratante autorizo a los Hospitales donde fue internado el Paciente a que proporcionen a Seguros Argos, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del Paciente Asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante