



INFORME MEDICO PARA USO EXCLUSIVO DE HOSPITAL

Nombre del paciente _____

Fecha Accidente _____/_____/_____ Hora _____

Fecha 1ª. Consulta _____/_____/_____ Hora _____

Mecanismo del Accidente

Descripciones de las lesiones

Diagnóstico

Tratamiento

_____ Fecha de Término _____/_____/_____

¿Información Adicional, atención médica adicional? _____

Número de consultas _____

Medicamentos _____

Nombre y firma del Doctor responsable _____

R.F.C. _____ Cédula Profesional _____

Dirección _____ Tel. _____

Fecha _____

Responsable del paciente, Nombre, y Firma Fecha//Tel
