

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha Accidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha 1º. 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. \_\_\_\_\_ Cedula Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Responsable del paciente, Nombre y Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".