

INFORME MÉDICO

Ciudad donde se realiza la consulta	Fecha

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo del paciente	Edad	Sexo
		M F

CUESTIONARIO COVID19

Si el paciente ha presentado en los últimos días al menos dos de los siguientes síntomas: tos, fiebre y /o dolor de cabeza favor de especificar día de aparición de los malestares

--

Lo anterior se hizo acompañar de uno o más de los siguientes síntomas?

- Dificultad para respirar
- Dolor de articulaciones
- Dolor muscular
- Dolor o ardor de garganta
- Secreción nasal
- Conjuntivitis
- Dolor torácico

RESULTADOS DEL EXÁMEN MÉDICO Y TRATAMIENTO RECOMENDADO

DATOS GENERALES DEL MÉDICO

Nombre completo

Especialidad

R.F.C.

Cédula profesional/Universidad	Firma del médico tratante
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	