

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

TRAMITE		
<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	DÍA MES AÑO
SEXO	EDAD	No. DE PÓLIZA	CAUSA DE ATENCIÓN
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL	
DE ACUERDO A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO	FECHA DE INICIO
 	DÍA MES AÑO

CÓDIGO ICD	DIAGNOSTICO (S) DEFINITIVO (S)	FECHA DEL DIAGNOSTICO
 	 	DÍA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO	¿ SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO?
<input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO	

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO		
CPT 4 SÓLO COMO REFERENCIA	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO
		DÍA MES AÑO

COMPLICACIONES	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES

INFORMACION ADICIONAL

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	ESTADO
TIPO DE ESTANCIA		FECHA DE INGRESO
<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/ AMBULATORIA		DÍA MES AÑO

DATOS DE EL (LOS) MÉDICO (S) QUE PARTICIPAN EN LA INTERVENCIÓN O COMO INTERCONSULTANTE (S)					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN			PRESUPUESTO
TELÉFONO	CELULAR	FAX	RADIOLOCALIZADOR	CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON ÉL)	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN			PRESUPUESTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN			PRESUPUESTO

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO INFORMO A LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉSTE, ESTÁ DE ACUERDO CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO POR LA REFERENCIA DEL PACIENTE O SUS FAMILIARES O POR LOS ESTUDIOS QUE LE HE REALIZADO BAJO MI ESTRICTA RESPONSABILIDAD. DOY MI AUTORIZACIÓN AL (LOS) CENTRO (S) DONDE REALICE LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CUYO NOMBRE SE INDICA, PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A., GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES, RELACIONADA CON LA RECLAMACIÓN A QUE SE REFIERE ESTE INFORME.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE