



INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía Tratamiento Médico Reembolso

MUY IMPORTANTE

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas S.A. No queda obligada a admitir validéz de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al Clausulado de la Póliza.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

F M

CAUSA DE ATENCIÓN

Prevención Embarazo Enfermedad Accidente

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD

Si No

¿Cuál? _____

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN _____

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DE INICIO

DÍA MES AÑO

CÓDIGO
CIE-10

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNOSTICO

FECHA DE DIAGNÓSTICO

DÍA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito

Adquirido

Agudo

Crónico



Seguros Atlas

La empresa a mi medida

TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	CÓDIGO CIE-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO <div style="text-align: right;"> FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO </div>
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DESCRIBA COMPLICACIONES	
OBSERVACIONES		
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS AL ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO		

NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	FECHA					
		FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL MÉDICO			
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	MÉDICO DE RED <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PRESUPUESTO			
DOMICILIO: TELÉFONO(S) NOMBRE DE AYUDANTE NOMBRE DE ANESTESIÓLOGO:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que se otorguen a la compañía, 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 involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE