

Nombre Aseguradora  
**BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V. Grupo Financiero BBVA Bancomer**  
 a quien en lo sucesivo se le denominará "LA ASEGURADORA".

Fecha

| Día | Mes | Año |

Lugar

\_\_\_\_\_

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante, con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre Asegurado Afectado (Paciente)		Edad	Sexo
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

#### TIPO DE EVENTO

Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

#### INFORMACIÓN CLÍNICA

(Describa patologías, y/o realización de cirugía, y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

#### APP Antecedentes Personales Patológicos:

Cáncer   Día   Mes   Año	Diabetes Mellitus   Día   Mes   Año	Hepáticos   Día   Mes   Año	Obesidad   Día   Mes   Año
Cardiacos   Día   Mes   Año	Hipertensivos   Día   Mes   Año	Neurológicos   Día   Mes   Año	VIH/SIDA   Día   Mes   Año
Otro   Día   Mes   Año	Especifique enfermedad _____		
Mencione cirugías realizadas _____			
Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica) _____			

#### APNP Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)
¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad)

En caso de que aplique, señalar:

#### AGO Antecedentes Gineco-Obstétricos:

FUM <input type="checkbox"/>	No. de embarazo(s): <input type="checkbox"/>
Parto(s) <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
Aborto(s) <input type="checkbox"/>	Otro(s): <input type="checkbox"/> _____

#### AP Atención Perinatales:

_____
_____
_____

#### PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de los primeros síntomas del padecimiento   Día   Mes   Año	Fecha de la primera consulta por este padecimiento   Día   Mes   Año
Fecha de diagnóstico de este padecimiento   Día   Mes   Año	Diagnóstico(s)
Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento	Causa / Etiología del padecimiento

#### TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito <input type="checkbox"/>	Adquirido <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Tiempo de evolución del padecimiento: _____
¿Tiene relación con otro padecimiento?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	
¿El origen del padecimiento es primario?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Especifique _____	
¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Desde   Día   Mes   Año	Hasta   Día   Mes   Año
Favor de especificar el tipo de tratamiento _____				

#### EF Exploración Física y Resultados de Estudios realizados:

Talla	cm	Peso	kg	T/A	mm/Hg
Señale los datos relevantes de la exploración física: _____					
Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico: _____					

#### TRATAMIENTO

Descripción del tratamiento _____	
En caso de tratamiento médico, favor de indicar fecha de inicio   Día   Mes   Año	
En caso de tratamiento quirúrgico, favor de especificar procedimiento _____	
En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha   Día   Mes   Año	
¿Hubo complicaciones? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Favor de describir complicaciones: _____	
Sitio de atención (nombre del hospital, clínica, etc.)	Ciudad
Tipo de estancia Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso   Día   Mes   Año

#### DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
RFC	Especialidad	No. de afiliación con la Aseguradora
Cédula profesional		Cédula de la especialidad / Certificación
E-mail	Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA	Teléfono celular
¿Es Médico de convenio de la Aseguradora? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
<b>En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre(s) y especialidad del(los) Médico(s) que participa(n) y en caso de no ser Médico de convenio, indicar su presupuesto de honorarios:</b>		
Cirujano	_____	Presupuesto _____
Anestesiólogo	_____	Presupuesto _____
Primer Ayudante	_____	Presupuesto _____
Segundo Ayudante	_____	Presupuesto _____
Otro(s) Médico(s)	_____	Presupuesto _____

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", todos los informes que se refieran a la salud del Paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

---

Nombre y firma del Médico tratante