

INFORME MÉDICO

- Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante, con letra de molde y a una sola tinta.
- Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- 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.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre Aseguradora

_____ a quien
en lo sucesivo se le denominará "LA ASEGURADORA".

Fecha DD/MM/AA

Lugar

Nombre Asegurado Afectado (Paciente)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Edad

Sexo

F M

TIPO DE EVENTO

Accidente

Enfermedad

Embarazo

INFORMACIÓN CLÍNICA

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

APP Antecedentes Personales Patológicos:

Cáncer

DD/MM/AA

Diabetes Mellitus

DD/MM/AA

Hepáticos

DD/MM/AA

Obesidad

DD/MM/AA

Otro

DD/MM/AA

Cardiacos

DD/MM/AA

Hipertensivos

DD/MM/AA

Neurológicas

DD/MM/AA

VIH/SIDA

DD/MM/AA

Especifique Enfermedad

Mencione Cirugías realizadas

Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)

APNP Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) _____

¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad) _____

En caso de que aplique, señalar:

AGO Antecedentes Gineco-Obstétricos:

FUM

Parto (s)

Abortos (s)

No. de Embarazo (s):

Cesarea

Otro (s):

AP Atención Perinatales

PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de los primeros síntomas del padecimiento DD/MM/AA

Fecha de la primera consulta por este padecimiento DD/MM/AA

Fecha de diagnóstico de este padecimiento DD/MM/AA

Diagnóstico (s)

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento

Causa / Etiología del Padecimiento

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Adquirido Crónico Agudo Tiempo de evolución del padecimiento: _____

¿Tiene relación con otro padecimiento? No Sí ¿Cuál? _____

¿El origen del padecimiento es primario? No Sí Especifique _____

¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? No Sí Parcial Total Desde Hasta

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? No Sí

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

En caso de tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento | _____

En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha

¿Hubo complicaciones? No Sí Favor de describir complicaciones: _____

Sitio de Atención (nombre del Hospital, Clínica, etc) | _____ Ciudad | _____

Tipo de estancia | _____ Fecha de Ingreso

Urgencia Hospitalización Corta estancia / Ambulatorio

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 Sí

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:

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", de 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.

<hr/> <p>Nombre y Firma del Médico Tratante</p>
