



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causas de Atención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

HISTORIA CLÍNICA (importante especificar el tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales No Patológicos
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales

PADECIMIENTO ACTUAL

Signos y síntomas	Fecha de inicio Día Mes Año
Código CIE 10	Diagnóstico
Fecha de inicio Día Mes Año	
Tipo de Padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Estudios de laboratorio y gabinete practicados	



TRATAMIENTO

Código CPT-4	Tratamiento	Fecha de inicio	Día	Mes	Año
Complicaciones					

INCAPACIDAD

Tipo de incapacidad <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	Fecha de inicio Día Mes Año	Fecha de término Día Mes Año
	Fecha de inicio de terapias de rehabilitación Día Mes Año	

HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital	Fecha y hora de ingreso Día Mes Año	Hora Min :
Dirección	Fecha y hora de ingreso Día Mes Año	Hora Min :

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre		
Especialidad	R.F.C.	
Código profesional		
Teléfono	Celular	E-mail

Nota: Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

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

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06600 en México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Completo en la siguiente dirección <http://www.acelatinamerica.com/ACELatinAmericaRoot/México>.

asegurado con

