

FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR.

**TRÁMITE**

 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA 

 TRATAMIENTO MÉDICO 

 AUXILIAR DIAGNÓSTICO 

 REEMBOLSO 
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATANTE:					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		
TITULAR:		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
AFILIADO AFECTADO:		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	ESTADO CIVIL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
CAUSA DE ATENCIÓN:			EMBARAZO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		

**HISTORIA CLÍNICA**

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:
ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS:	ANTECEDENTES PERINATALES (EN CASO DE SER NECESARIO):

**PADECIMIENTO ACTUAL (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)**

SIGNOS Y SÍNTOMAS:	FECHA DE INICIO			
	DÍA	MES	AÑO	
	PESO (kg):	TA: (MMHg)		
	TALLA (CM):			
DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S):	CIE-10			
	FECHA DE DIAGNÓSTICO			
	DÍA	MES	AÑO	
TIPO DE PADECIMIENTO:	CONGÉNITO <input type="checkbox"/>	ADQUIRIDO <input type="checkbox"/>	AGUDO <input type="checkbox"/>	CRÓNICO <input type="checkbox"/>

 ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO?:  SI  NO

¿CUÁL?:

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES):

TRATAMIENTO:

CPT

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR.

DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES:	<b>COMPLICACIONES:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE ESTANCIA:      HOSPITALIZACIÓN       URGENCIA       CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			
ESPECIALIDAD	RFC	TELÉFONO	CELULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MÉDICO DE RED	
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO			

HONORARIOS MÉDICOS		
ESTE APARTADO DEBERÁ SER LLENADO ÚNICAMENTE SI EL MÉDICO TRATANTE NO PERTENECE A LA RED MÉDICA DE GENERAL DE SALUD		
MÉDICO TRATANTE: \$ _____	CIRUJANO: \$ _____	AYUDANTE: \$ _____
OTRO: \$ _____	ANESTESIÓLOGO: \$ _____	INSTRUMENTISTA: \$ _____

OBSERVACIONES DEL COORDINADOR MÉDICO:

**NOTA:** Como Médico Tratante, autorizo a los hospitales en donde fue internado el paciente a que otorguen a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. todos los informes que se refieren a su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, bajo protesta de decir la verdad, que manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del paciente Asegurado.

**AVISO:** Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_      Firma del Médico: \_\_\_\_\_