

INFORME MÉDICO

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, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

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

FECHA día | mes | año

LUGAR _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (PACIENTE)

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ Edad _____ Sexo F M

TIPO DE EVENTO

Accidente Enfermedad Embarazo

INFORMACIÓN CLÍNICA

(Describa 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
Cardíacos 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:

AP - Atención Perinatales

FUM: Parto (s): Aborto (s): _____
No. de Embarazo (s): Cesarea: Otro (s): _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

Fecha de primeros síntomas del padecimiento DD | MM | AA

Fecha de primera consulta por este padecimiento DD | MM | AA

Fecha de diagnóstico de este padecimiento DD | MM | AA

DIAGNÓSTICO(S)

CAUSA / ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Adquirido Crónico Agudo Tiempo de evolución del padecimiento? _____

Tiene relación con otro padecimiento? No Si _____
Cuál?

El origen del padecimiento es primario? Si No _____
Especifique

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? No Si Parcial Total Desde DD | MM | AA Hasta DD | MM | AA

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? No Si

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** DD | MM | AA

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

En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha: DD | MM | AA

Hubo complicaciones? No Si Favor de describir complicaciones: _____

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

Tipo de estancia: Urgencia Hospitalización Corta estancia / Ambulatorio Fecha de Ingreso DD | MM | AA

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

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 Si

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" con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato.

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.

Nombre y Firma del Médico Tratante