

INFORME MÉDICO

Folio:

Tipo de informe

Programación de cirugía o tratamiento médico Reembolso

INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del paciente

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

| | | | |
|------|---|-----------|------------------|
| Edad | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Ocupación | Número de póliza |
|------|---|-----------|------------------|

Tipo de reclamación

Embarazo Enfermedad Accidente

Referido por otro médico o unidad

Sí No

¿Cuál?

Antecedentes personales patológicos
(Con fecha de inicio)

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes perinatales

Padecimiento actual

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Principales signos y síntomas | Fecha de inicio (dd/mm/aa) |
|-------------------------------|----------------------------|

| | | |
|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Código CIE-10 | Descripción del diagnóstico | Fecha de diagnóstico (dd/mm/aa) |
|---------------|-----------------------------|---------------------------------|

Evolución del padecimiento

1-30 Días 1-3 meses 3-6 meses 1-2 años + 2 años

Tipo de padecimiento

Congénito Agudo Crónico Adquirido

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

¿Cuál?

Resultado de la exploración física y de los estudios (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: _____ cm Peso: _____ kg T/A: _____ mm/Hg FC: _____ x' FR: _____ x' T _____ C

Tratamiento

| | |
|-------------|----------------------------|
| Código CTP4 | Fecha de inicio (dd/mm/aa) |
|-------------|----------------------------|

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica

Médicos que participaron

Duración del tratamiento

¿Hubo complicaciones? Sí No

Descripción de las complicaciones

Interconsultas número y fechas (dd/mm/aaaa)

Observaciones

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Boulevard Manuel Ávila Camacho 170 Pisos 6 y 7 Colonia Reforma Social Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F. Tel. 01 800 830 3676

www.segurosmultiva.com.mx

SM-008

| EN CASO DE REEMBOLSO POR HOSPITALIZACIÓN | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| Nombre del hospital | | Ciudad y estado | |
| Tipo de estancia | <input type="checkbox"/> Urgencia | <input type="checkbox"/> Hospitalaria | <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria |
| Fecha de ingreso (dd/mm/aa) | Fecha de egreso (dd/mm/aa) | Fecha de intervención (dd/mm/aaaa) | |
| Datos generales del médico tratante | | | |
| Apellido paterno | | Apellido materno | Nombre(s) |
| Especialidad | Teléfono | | Teléfono celular/radio |
| Cédula profesional | R.F.C. | | Cédula de especialidad/certificación |
| Número proveedor | | E-mail | |
| Programación de cirugía | | | |
| ¿Tiene convenio con la aseguradora? | | Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva y al asegurado de lo contrario favor de indicar presupuesto. | | | |
| Cirujano | Ayudante | Anestesiólogo | Tramamiento médico |
| \$ | \$ | \$ | \$ |
| Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aaaa) | | Hospital en que se realizará | |
| | | | |

Artículo 25 de la ley sobre el contrato de seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se lleque a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita”.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la comisión nacional de seguros y fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-a, 36-b y 36-d de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0016-0936-2010 de fecha 18 de octubre de 2010”

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (dd/mm/aa)

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva hacia con el asegurado.

cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Boulevard Manuel Ávila Camacho 170 Pisos 6 y 7 Colonia Reforma Social Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11650, México D.F. Tel. 01 800 830 3676

www.segurosmultiva.com.mx

SM-008