

Informe Médico

Instrucciones: Este formato debe ser llenado con letra de molde y firmado por cada Médico tratante a excepción del Anestesiólogo y Ayudante, No será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenado en su totalidad, De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Reembolso Pago directo Programación de cirugía-Tratamiento ¿Es usted médico en convenio con Prevem Seguros? SI NO

Motivo de atención: Embarazo Enfermedad Accidente

A. Ficha de identificación paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____

Edad _____ Sexo F M Ocupación _____ Estado Civil _____

B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales no Patológicos
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 a 12 meses Mas de 1 año

Fecha de Inicio de los primeros síntomas o signos
 Día Mes Año

Pago CIE-10	Descripción del Diagnóstico	Fecha de diagnóstico
1.-	Diagnóstico 1.- _____	DD/MM/AAAA
2.-	Diagnóstico 2.- _____	
3.-	Diagnóstico 3.- _____	

Tipo de Padecimiento Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Si No Cuál? _____

Talla	Cms	Peso	Kg	T/A	mm/hg	FC	x1	Fr	x1	T	C
-------	-----	------	----	-----	-------	----	----	----	----	---	---

Pago CPT-4	Descripción del Tratamiento	Fecha en que se hizo aparente la
1.-	Tratamiento 1.- _____	DD/MM/AAAA
2.-	Tratamiento 2.- _____	Fecha del primer síntoma DD/MM/AAAA
3.-	Tratamiento 3.- _____	Fecha de inicio de tratamiento DD/MM/AAAA

Hubo complicación? SI NO

Descripción del Tratamiento

En caso de que el paciente requiera de alguna intervención quirúrgica o cirugía, favor de describir brevemente en que consistirá y la fecha de su realización:

¿ El paciente necesito hospitalización a causa de su condición de salud? SI NO En caso de respuesta afirmativa favor de contestar :

Nombre del Hospital

Ciudad

Tipo de estancia

Urgencia

Hospitalaria

Corta Estancia / Ambulatoria

Fecha de ingreso hospitalario

DD/MM/AAAA

Fecha de egreso hospitalario

DD/MM/AAAA

C. Datos de médico tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre)

N° de Proveedor (Sólo si el médico tratante esta en convenio con Preven Seguros S.A De C.V.

Especialidad

Cédula Profesional

Cédula de Especialidad o Certificación

RFC

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

Mencione Nombre y especialidad de (los) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo:

Ayudante 1:

Ayudante 2:

Otro(s) Médico(s):

D. Datos de médico de cabecera

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre)

Especialidad

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

E. Firmas

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Prevem Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.

Firma del Médico Tratante

--

Fecha

DD/MM/AAAA

Lugar

PREVEM SEGUROS S.A. DE C.V.
Montes Urales N° 455 Piso 5, Col .Lomas de Chapultepec México D.F. 1100 Conmutador 91782600 o lada sin costo 01.800.2PREVEM (773836)

www.prevemseguros.mx

OPE -IME-V081210

