

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

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.

TRAMITE

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
 PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO
 REEMBOLSO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
				DÍA	MES AÑO
SEXO	EDAD	No. DE PÓLIZA	CAUSA DE ATENCIÓN		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)	

PADECIMIENTO ACTUAL

DE ACUERDO A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO			FECHA DE INICIO		
			DÍA	MES	AÑO
CÓDIGO ICD	DIAGNOSTICO (S) DEFINITIVO (S)			FECHA DEL DIAGNOSTICO	
				DÍA	MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO

CONGÉNITO
 ADQUIRIDO
 AGUDO
 CRÓNICO
 ¿ SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO?

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

--	--	--	--	--	--

TRATAMIENTO		
CPT 4 SÓLO COMO REFERENCIA	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO
COMPLICACIONES	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	
INFORMACION ADICIONAL		

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	ESTADO
TIPO DE ESTANCIA	FECHA DE INGRESO	
<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/ AMBULATORIA	DÍA MES AÑO	

DATOS DE EL (LOS) MÉDICO (S) QUE PARTICIPAN EN LA INTERVENCIÓN O COMO INTERCONSULTANTE (S)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO
TELÉFONO	CELULAR	FAX	RADIOLOCALIZADOR
			CORREO ELECTRÓNICO (SI CUENTA CON ÉL)
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TIPO DE PARTICIPACIÓN
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	PRESUPUESTO

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO INFORMO A LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉSTE, ESTÁ DE ACUERDO CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO POR LA REFERENCIA DEL PACIENTE O SUS FAMILIARES O POR LOS ESTUDIOS QUE LE HE REALIZADO BAJO MI ESTRICTA RESPONSABILIDAD. DOY MI AUTORIZACIÓN AL (LOS) CENTRO (S) DONDE REALICE LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CUYO NOMBRE SE INDICA, PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA POR ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A., GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES, RELACIONADA CON LA RECLAMACIÓN A QUE SE REFIERE ESTE INFORME.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE