

# INFORME MÉDICO



AXA Assistance México S.A. de C.V  
 Lago Victoria No 74 Piso 6  
 Col. Granada C.P. 11520  
 Tel: 25 81 62 43 y 01 800 701 68 84

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN									
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M						
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____							
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)									
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS							
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)							
PADECIMIENTO ACTUAL									
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS									
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">FECHA DE INICIO</th></tr> <tr><td style="width: 33%;">DÍA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO
FECHA DE INICIO									
DÍA	MES	AÑO							
CIE-10 CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">FECHA DIAGNÓSTICO</th></tr> <tr><td style="width: 33%;">DÍA</td><td style="width: 33%;">MES</td><td style="width: 33%;">AÑO</td></tr> </table>	FECHA DIAGNÓSTICO			DÍA	MES	AÑO
FECHA DIAGNÓSTICO									
DÍA	MES	AÑO							
<b>TIPO DE PADECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO									
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____									
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)									

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA   MES   AÑO			
¿HUBO COMPLICACIONES?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA   MES   AÑO	FECHA DE EGRESO DIA   MES   AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA DE ESPECIALIDAD _____	CÉDULA PROFESIONAL Ó CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
(ESPACIO LIBRE)			

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.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE