

**MAPFRE****TEPEYAC  
MÉXICO****INFORME MEDICO**

MAPFRE TEPEYAC, S.A.  
 Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)  
 Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

 PROGRAMACION DE CIRUGIA TRATAMIENTO MEDICO 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 SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACION			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		No. POLIZA	EDAD
		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
CAUSA DE ATENCION <input type="checkbox"/> PREVENCION <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   ¿CUAL? _____	
HISTORIA CLINICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCION)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS			
			FECHA DE INICIO DIA   MES   AÑO
CODIGO CIE-10	DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO		
	FECHA DIAGNOSTICO DIA   MES   AÑO		
TIPO DE PADECIMIENTO: <input type="checkbox"/> CONGENITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRONICO			
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGUN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   ¿CUAL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACION FISICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNOSTICO)			

