



Plan Seguro III

LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD

INFORME MÉDICO

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, enmiendaduras 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 ¿ CUAL ? _____	

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		FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO :	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿ SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE ? SI NO ¿ CUAL ? _____

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

--

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT - 4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO

FECHA DE INICIO		
DÍA	MES	AÑO

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES

OBSERVACIONES :

NOMBRE DEL HOSPITAL	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.
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN
NÚMERO DE PROVEEDOR	E - MAIL

PRESUPUESTO

NOTA : Como médico tratante 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 puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el asegurado .

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE