ROYAL & SUNALLIANCE
SEGUROS

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, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Ficha de Identificación

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente	Edad _____ Sexo No. de Póliza No. de Certificado M F
Causas de Atención Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente	Referido por otro Médico o Unidad ☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____

Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales No Patológicos
Antecedentes Gineco-Obstétricos	**Antecedentes Perinatales** (Si es necesario)

Padecimiento Actual

Signos y Síntomas

Fecha de Inicio
Día | Mes | Año

Tipo de Padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐

Con una Evolución de: 1-30 Días ☐ 1-6 Meses ☐ Más de 1 Año ☐ Más de 2 Años ☐

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

Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla

Peso

Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico

Fecha de Diagnóstico
Día | Mes | Año

	Tratamiento
Código CPT-4	Descripción del Tratamiento Fecha de Inicio Día Mes Año
¿Hubo Complicaciones? No ☐ Si ☐	Descripción de Complicaciones:

Observaciones

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Ciudad	☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia/Ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____

Cédula Profesional _____ No. Cédula Especialidad o Certificación _____

No. 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