



- Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
 2.- Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuesta.
 3.- Este documento no será válido con tachaduras.

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 personales (si es necesario):

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:		Fecha de Inicio DD MM AA
Código DE-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de Diagnóstico DD MM AA
Tipo de padecimiento: <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 la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):		

TRATAMIENTO

Código CD-04	Descripción del tratamiento:	Fecha de inicio DD MM AA 	
¿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 /ambulancia	Fecha de ingreso DD MM AA 	Fecha de egreso DD MM AA
Ciudad:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____	Teléfono: _____
Especialidad: _____	R.F.C.: _____ Celular: _____
Cédula profesional: _____	Cédula de especialidad o certificación: _____
Número de proveedor: _____	E-mail: _____
Presupuesto:	

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este casos relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante