

Ficha de Identificación:

Nombre: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

I. Padecimiento Actual

a) Fecha de inicio de síntomas y/o signos: _____

b) Signos y/o síntomas iniciales: _____

c) Evolución (signos y/o síntomas principales) (1a. consulta): _____

d) Estudios Practicados: _____

e) Diagnóstico (s): _____

f) Tratamiento (s): _____

g) Pronóstico: _____

II. Antecedentes Personales Patológicos y Quirúrgicos

III. Antecedentes Gineco-Obstétricos

IV. Antecedentes Personales No Patológicos

Centro de Atención 24 hrs.:

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Gastos Médicos | 51 69 27 27 |
| Lada sin costo | 01 800 00 18 700 |
| Lada sin costo EUA y Canadá | 18 88 29 37 221 |

V. Enfermedades actuales del paciente que tengan o no relación con el padecimiento actual

VI. Exploración Física

Talla ____ cm. Peso ____ kg. T/A ____ mmHg FC ____ x' FR ____ x' T ____ °C

VII. Ampliaciones sobre el diagnóstico o diagnóstico final

VIII. Ampliaciones y comentarios del médico tratante

Datos del Médico

Nombre del médico tratante: _____ Especialidad _____

Dirección Consultorio _____ Teléfono _____

Ced. Prof. _____ R.F.C. _____ Radio Localizador _____

Pertenece Ud. al Consejo de la Especialidad? Sí No

Lugar _____ Fecha _____ Día _____

Lugar _____ Fecha _____

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Seguros Comercial América, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Firma del Médico

Aviso: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.