

☐ 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

Nombre del paciente

Sexo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Edad

☐ F ☐ M

Causa de atención

Referido por otro médico o unidad

☐ Prevención☐ Embarazo☐ Enfermedad☐ Accidente☐ Sí☐ No

¿Cuál?

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

Día

Mes

Año

Código Cie-10

Descripción del diagnóstico

Fecha diagnóstico

Día

Mes

Año

Tipo de padecimiento

☐ Congénito☐ Adquirido☐ Agudo☐ Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

☐ Sí☐ No

¿Cuál?

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexas interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Tratamiento

Código cpt 4

Descripción del tratamiento

Fecha de egreso

Día | Mes | Año

¿Hubo complicaciones?

sí ☐ no ☐

Descripción de complicaciones

Observaciones

Nombre del hospital

Tipo de estancia

Urgencia

Hospitalaria

Corta estancia / Ambulatoria

Fecha de egreso

Día | Mes | Año

Fecha de egreso

Día | Mes | Año

Ciudad

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del médico

Teléfono

Especialidad

R.F.C.

Celular

Cédula profesional

Cédula de especialidad o certificación

Número de proveedor

e-mail:

Presupuesto

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha

Firma del Médico Tratante

Este documento está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-I-1.1/19376 de fecha 26 de junio de 1995.

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A. • Blvd. Manuel Avila Camacho No. 126. Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. Atención a Clientes: 5284-1000 Lada sin costo: 01800 011 5900.