

☐ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

☐ TRATAMIENTO MÉDICO

☐ REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR VALIDEZ DE NINGUNA RECLAMACIÓN NI EL MONTO DE ELLA, NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS.
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD

SEXO

☐ F

☐ M

CAUSA DE ATENCIÓN

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD

☐ EMBARAZO

☐ ENFERMEDAD

☐ ACCIDENTE

☐ SI

☐ 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

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?

☐ SI

☐ NO

¿CUÁL?

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

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO </div>		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL		TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	
CIUDAD:		FECHA DE INGRESO FECHA DE EGRESO 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	CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN		
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-mail		
PRESUPUESTO			

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE A QUE SE REFIERE ESTE INFORME, POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS A LOS CUALES HAYA ACUDIDO DICHO PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PROPORCIONEN A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE SU(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES).

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE