



**Seguros Inbursa, S. A. Grupo Financiero Inbursa**

**FIM**  
**INFORME MÉDICO**

## PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

## TRATAMIENTO MÉDICO

REFEMBOI.SQ

**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

SEYO

F M

### **CAUSA DE ATENCIÓN**

*REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD*

EMBARAZO

ENFERMEDAD

ACCIDENTE

8

4

NO. :GUAL3

NO ÚLTIMO?

#### **HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)**

#### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

#### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

#### **PADECIMIENTO ACTUAL**

## **PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS**

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO					
		DÍA	MES	AÑO			
<p>CONTRACCIONES DOLOROSAS EN EL ARAÑO. SE HA COMBINADO CON DOLOR EN LA CINTURA Y DOLOR EN EL ARAÑO. SE HA COMBINADO CON DOLOR EN LA CINTURA Y DOLOR EN EL ARAÑO.</p>							
<p>FECHA DIAGNÓSTICO</p> <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>					DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO					
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 EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)							

## **TRATAMIENTO**

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, ASI 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 MÉDICO TRATANTE*