

Informe médico

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	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD _____ SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD
<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO </div>	
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> FECHA DIAGNOSTICO DÍA MES AÑO </div>	
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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____	
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)	

TRATAMIENTO												
CÓDIGO CPT-4.	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO											
	<div style="text-align: right;"> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </div>			FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO												
DÍA	MES	AÑO										
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SÍ <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 / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO 									
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: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de Octubre de 2015 con el número CNSF-S0043-0448-2015”.