

Informe Médico



- Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
- Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Lugar

Fecha

DD / MM / AAAA

Datos del Asegurado Afectado (Paciente)

Nombre APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)Edad Género F M Nacionalidad País de nacimiento

Tipo de Atención

Accidente Enfermedad Embarazo: Parto Cesárea

Información clínica

(Describa patologías, y/o realización de cirugía, y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

APP - Antecedentes Personales Patológicos

Cáncer DD / MM / AAAADiabetes Mellitus DD / MM / AAAAHepáticos DD / MM / AAAAObesidad DD / MM / AAAACardiacos DD / MM / AAAAHipertensivos DD / MM / AAAANeurológicos DD / MM / AAAAVIH/SIDA DD / MM / AAAAOtro Congénitos Especifique enfermedad Mencione cirugías realizadas Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)

APPN - Antecedentes Personales No Patológicos

¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? ESPECIFICAR TIPO Y CANTIDAD EN CASO DE QUE APLIQUE, SEÑALAR ¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? ESPECIFICAR TIPO Y CANTIDAD

AGO - Antecedentes Gineco-Obstétricos

FUR Parto (s) Cesárea (s) Aborto (s) Otro (s) ESPECIFICAR ¿Utiliza algún método anticonceptivo? Sí No ¿Cuál?

AP - Atención Perinatales

Padecimiento actual

Fecha de primeros síntomas del padecimiento DD / MM / AAAAFAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO Fecha de primera consulta por este padecimiento DD / MM / AAAAFAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO Fecha de diagnóstico del padecimiento DD / MM / AAAAFAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO

Diagnóstico (s)

Causa

CAUSA. ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

Tipo de padecimiento

Congénito Adquirido Crónico Agudo TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ¿Tiene relación con otro padecimiento? Sí No ¿CUÁL? ¿El origen del padecimiento es primario? Sí No ESPECIFIQUE ¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? Sí No Parcial Total Desde DD / MM / AAAAHasta DD / MM / AAAA¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí No TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO Favor de especificar el tipo de tratamiento

EF - Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados

Talla CM.

Peso KG.

T/A MM/HG.

Señale los datos relevantes de la exploración física

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imageneología u otros que sustenten el diagnóstico

Tratamiento

Descripción del tratamiento

En caso de tratamiento médico, favor de indicar fecha de inicio DD / MM / AAAA

En caso de tratamiento quirúrgico, favor de especificar procedimiento

En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha DD / MM / AAAA

¿Hubo complicaciones? Sí No FAVOR DE DESCRIBIR COMPLICACIONES

Sitio de Atención NOMBRE DEL HOSPITAL, CLÍNICA, ETC

Ciudad

Tipo de estancia Urgencia Hospitalización Corta estancia / Ambulatorio Fecha de ingreso DD / MM / AAAA

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico APELLIDO PATERNO, APellido MATERO, NOMBRE(S) ASEGURADO AFECTADO (PACIENTE)

RFC Especialidad Cédula Profesional

Cédula de la Especialidad / Certificación E-mail

Teléfono(s) para contacto FAVOR DE INCLUIR LADA Teléfono celular

¿Es Médico de convenio de la Aseguradora? Sí No

En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre (s) y especialidad del (los) Médico (s) que participa (n) y en caso de no ser Médico de convenio, indicar su presupuesto en honorarios

Cirujano PRESUPUESTO

Anestesiólogo PRESUPUESTO

Primer Ayudante PRESUPUESTO

Segundo Ayudante PRESUPUESTO

Otro(s) Médico(s) PRESUPUESTO

En caso de no ser médico de convenio ¿Acepta tabulador? Sí No

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Médico Tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de todas Responsabilidades a "LA ASEGURADORA". El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos que no sean conforme a lo indicado en las condiciones generales y/o especiales de la póliza. Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx

Nombre y Firma del Médico Tratante