

Informe Médico



1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. 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.
4. 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	
		País de nacimiento	

Tipo de Atención

Accidente	<input type="checkbox"/>	Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Embarazo:	Parto	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	-------	--------------------------	---------	--------------------------

Información clínica

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

APP - Antecedentes Personales Patológicos

Cáncer	DD / MM / AAAA	Diabetes Mellitus	DD / MM / AAAA	Hepáticos	DD / MM / AAAA	Obesidad	DD / MM / AAAA
Cardíacos	DD / MM / AAAA	Hipertensivos	DD / MM / AAAA	Neurológicos	DD / MM / AAAA	VIH/SIDA	DD / MM / AAAA
Otro		Congénitos		Especifique enfermedad			
Mencione cirugías realizadas							
Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)							

APPN - Antecedentes Personales No Patológicos

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

AGO - Antecedentes Gineco-Obstétricos

FUR		Parto (s)	<input type="checkbox"/>	Cesárea (s)	<input type="checkbox"/>	Aborto (s)	<input type="checkbox"/>	Otro (s)	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR
¿Utiliza algún método anticonceptivo?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?						

AP - Atención Perinatales

--

Padecimiento actual

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

Diagnóstico (s)

	Causa
	CAUSA. ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

Tipo de padecimiento

Congénito	<input type="checkbox"/>	Adquirido	<input type="checkbox"/>	Crónico	<input type="checkbox"/>	Agudo	<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO			
¿Tiene relación con otro padecimiento?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?							
¿El origen del padecimiento es primario?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE							
¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total	<input type="checkbox"/>	Desde	DD / MM / AAAA	Hasta	DD / MM / AAAA
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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 MATERNO, 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