

Informe Médico

Tipo de informe:

Programación de Cirugía y/o 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

Nombre del Paciente
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad Sexo: Masculino Femenino Estado Civil

Causa de Atención: Prevención Embarazo Enfermedad Accidente

Referido por otro médico o unidad: Sí No ¿Cuál?

Historia Clínica

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente o embarazo

| | | | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| día | | mes | | año | | | | | |

| | |
|---|--|
| Antecedentes personales patológicos (con fecha de inicio) | 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 y Etiología

Fecha de diagnóstico

| | | | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| día | | mes | | año | | | | | |

Tipo de padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Sí No

¿Cuál?

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Código (CPT-4) Descripción del tratamiento

Fecha de inicio

| | | |
|-----|-----|-----|
| día | mes | año |
|-----|-----|-----|

¿Hubo complicaciones? Descripción de las complicaciones

Sí No

Observaciones

En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital Ciudad

Tipo de Estancia: Urgencia Hospitalaria Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de ingreso

| | | |
|-----|-----|-----|
| día | mes | año |
|-----|-----|-----|

 Fecha de egreso

| | | |
|-----|-----|-----|
| día | mes | año |
|-----|-----|-----|

Datos generales del Médico Tratante

Nombre del Médico

Especialidad Teléfono

Teléfono Celular Radio Localizador

Cédula Profesional R.F.C. E-mail

Cédula de especialidad o certificación Número de proveedor

Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora: Sí No

Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente.

Cirujano \$ Ayudante \$ Anestesista \$

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa)

Hospital dónde se practicará la cirugía

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las Instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado.

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

Firma del Médico Tratante