

Folio:

Tipo de informe

Programación de cirugía o tratamiento médico

Reembolso

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Edad

Sexo

M F

Ocupación

No. de Póliza

Tipo de reclamación

Embarazo

Enfermedad

Accidente

Referido por otro médico o unidad

Sí No

¿Cuál?

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio:

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes perinatales:

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

Código CIE-10

Descripción del diagnóstico

Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA)

Evolución del padecimiento

1 - 30 Días 1 - 3 meses 3 - 6 meses 1 - 2 años +2 años

Tipo de padecimiento

Congénito Agudo Crónico Adquirido

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Sí No

¿Cuál?

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

Talla _____ cms. Peso _____ Kg. T/A _____ mm/Hg FC: _____ x' FR: _____ x' T _____ C

Tratamiento

Código CPT4

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:

Médicos que participaron:

Tratamiento

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones?

Sí No

Descripción de las complicaciones:

Interconsultas, número y fechas (DD/MM/AAAA)

Observaciones

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

En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital

Ciudad y estado

Tipo de estancia Urgencia Hospitalaria Corta estancia / ambulatoria

Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA)

Fecha de egreso (DD/MM/AAAA)

Fecha de intervención (DD/MM/AAAA)

Datos generales del médico tratante

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Especialidad

Teléfono

Teléfono celular / radio

Cédula Profesional

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):

Cédula de Especialidad / certificación

No. de proveedor

Email

Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.

Cirujano

\$

Ayudante

\$

Anestesiólogo

\$

Tratamiento médico

\$

Fecha exacta de la cirugía (DD/MM/AAAA)

Hospital en que se realizará

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

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.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más 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 invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Nombre y firma del Médico Tratante