

GUIA DE LLENADO PARA EL MEDICO TRATANTE



Informe médico

☐ Programación de cirugía
 ☐ Tratamiento médico
 ☐ Reembolso

Marcar X en la
 opción que
 corresponda

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Indicar datos
 personales
 del paciente.

Ficha de identificación			
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento Día Mes Año	Sexo F M
Causa de atención		Referido por otro médico o unidad	
☐ Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente		Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____	

Es importante indicar con la mayor
 exactitud el historial clínico del
 paciente.

Historia Clínica	
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
 Tiempo de evolución _____	 Tiempo de evolución _____
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)
G ____ / P ____ / A ____ / C ____ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad	
 Tiempo de evolución _____	 Tiempo de evolución _____

Estos datos son indispensables
 para el trámite. Indicar con la
 mayor precisión los datos
 requeridos.

Padecimiento actual			
Principales signos y síntomas			
		Fecha de inicio Día Mes Año	
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	Fecha de diagnóstico Día Mes Año	
Tipo de padecimiento: ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico			

F-238-AV/02-2012
 AMIS

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas
 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: (55) 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx

Indicar la historia clínica del padecimiento actual a tratar del paciente.

Indicar datos personales del médico tratante

Historia clínica			
Tipo de padecimiento		Descripción del tratamiento	
☐ Congénito ☐ Adquirido		Fecha de inicio Día Mes Año	
¿Hubo complicaciones?		Describa complicaciones	
☐ Si ☐ No			
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico			
Nombre del hospital		Tipo de estancia	
		☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / Ambulatoria	
		Fecha de ingreso Día Mes Año	
		Fecha de egreso Día Mes Año	
Datos del médico tratante			
Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red ☐ Si ☐ No
Presupuesto			
Domicilio:			
Teléfono(s):			
Nombre de ayudante:			
Nombre de anestesiólogo:			

Datos requeridos en caso de hospitalización

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. La información asentada en este documento es proporcionada conforme ala 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.

AVISO DE PRIVACIDAD
En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

[Lugar y Fecha de Llenado]

[Firma del médico]

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

F-238-AV/02-2012
AMIS

Nombre y firma del paciente

[Nombre Completo y Firma del paciente]