

# FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

## Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
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.

FECHA Día | Mes | Año

## CONTRATANTE

## LUGAR

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad

Sexo

F

M

No. de Póliza

Certificado

## TIPO DE EVENTO

Accidente

Enfermedad

Embarazo

## HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

### APP- Antecedentes Personales Patológicos

Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardíacos \_\_\_\_\_
- Hipertensivos \_\_\_\_\_
- Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- VIH / SIDA \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Hepáticos \_\_\_\_\_
- Convulsivos \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

### APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas?  
(especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Pérdida no intencional de peso? (describir) \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

## PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día | Mes | Año

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

## DIAGNÓSTICO (S)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

## TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito

Agudo

Adquirido

Crónico

Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tiene relación con otro padecimiento?  Si  No Cuál? \_\_\_\_\_

El padecimiento ocasionó incapacidad?  Si  No  Parcial  Total

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Si  No

Favor de especificar \_\_\_\_\_

EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

	Talla	Peso
--	-------	------

### TRATAMIENTO

Favor de indicar:  Programación de tratamiento  Descripción de tratamiento ya realizado

Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)

Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción

Hubo complicaciones?  Si  No

Favor de describir complicaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital	Ciudad	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año
Tipo de estancia	<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> Corta Estancia/Ambulatoria	Fecha de Egreso	Día	Mes	Año

### DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	No. de Proveedor
------------------	------------------	------------	------------------

RFC	Especialidad
-----	--------------

Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad / Certificación
--------------------	---

E-mail	Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
--------	--

**En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:**

Anestesiólogo \_\_\_\_\_

Primer Ayudante \_\_\_\_\_

Segundo Ayudante \_\_\_\_\_

Otro(s) Médico(s) \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Médico Tratante