

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MÉDICO

 REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** NO QUEDA OBLIGADO 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.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD	SEXO
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

CAUSA DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD
<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	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	FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO	<input type="checkbox"/> CONGÉNITO	<input type="checkbox"/> ADQUIRIDO	<input type="checkbox"/> AGUDO	<input type="checkbox"/> CRÓNICO
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? _____	

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO			
		FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO		
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES			
OBSERVACIONES				
NOMBRE DEL HOSPITAL <hr/> CIUDAD:		TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE				
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO:		
ESPECIALIDAD		R.F.C.		
CÉDULA PROFESIONAL		CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN		
NÚMERO DE PROVEEDOR		E-mail		
PRESUPUESTO				

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE A QUE SE REFIERE ESTE INFORME, POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS A LOS CUALES HAYA ACUDIDO DICHO PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PROPORCIONEN A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE SU(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES).

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE