

**Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa**
 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 SE 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 / NAME, LAST NAME: | EDAD / AGE                 | SEXO / GENDER              |
|  | <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 / ILLNESS PERSONAL HISTORY | ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS / PERSONAL HISTORY |
|  |   |

|  |   |
|--|---|
| ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS / ILLNESS GYNECO-OBSTETRICS PERSONAL HISTORY | ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO) / CONNATE PERSONAL HISTORY |
|  |   |

**PADECIMIENTO ACTUAL / CURRENT CONDITION**

|   |   |
|---|---|
| PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS / SYMPTOMS: | FECHA DE INICIO / DATE<br>DÍA    MES    AÑO |
|   |   |

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| CÓDIGO CIE-10 | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO / DIAGNOSTIC DISEASE | FECHA DIAGNÓSTICO / DATE<br>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) / PHYSICAL EXPLORATION

### TRATAMIENTO

|   |  |
|---|--|
| CÓDIGO<br>CPT-4   | DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO / TREATMENT                 |
|   | <b>FECHA DE INICIO / DATE</b><br>DÍA      MES      AÑO |
| ¿HUBO<br>COMPLICACIONES?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES / FAILURE                |

|                          |
|--------------------------|
| OBSERVACIONES / COMMENTS |
|--------------------------|

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| NOMBRE DEL HOSPITAL   | TIPO DE ESTANCIA<br><input type="checkbox"/> URGENCIA<br><input type="checkbox"/> HOSPITALARIA<br><input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA | FECHA DE INGRESO<br>DÍA      MES      AÑO | FECHA DE EGRESO<br>DÍA      MES      AÑO |
| CIUDAD / CITY:  |   |   |  |
| <b>DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE</b>                      |   |   |  |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO / MEDICAL DOCTOR: | TELÉFONO / PHONE:   |   |  |
| ESPECIALIDAD  | R.F.C.  | CELULAR:                                  |  |
| CÉDULA PROFESIONAL  | CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN  |   |  |
| NÚMERO DE PROVEEDOR   | E-mail  |   |  |

|                            |
|----------------------------|
| PRESUPUESTO / MEDICAL FEES |
|----------------------------|

**NOTA:** LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE REALIZADO AL PACIENTE, CONFORME A LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE SE LE HAN REALIZADO, Y POR LAS REFERENCIAS Y ANTECEDENTES MÉDICOS PROPORCIONADOS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

---

LUGAR Y FECHA / DATE

---

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE / SIGNATURE

---

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR / O TUTOR

---

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO / O TUTOR