

Informe médico

Programación de cirugía

Tratamiento médico

Reembolso

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.

Ficha de identificación

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro médico o unidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

Historia Clínica

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
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 _____	
Tiempo de evolución _____	

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas	
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico
Fecha de inicio Día Mes Año	
Fecha de diagnóstico Día Mes Año	
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	

Historia clínica

Tipo de padecimiento	Descripción del tratamiento			Fecha de inicio
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido				Día Mes Año
¿Hubo complicaciones?	Describa complicaciones			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Observaciones				
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico				
Nombre del hospital		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 del médico tratante				
Nombre del médico				
Especialidad		Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presupuesto				
Domicilio:				
Teléfono(s):				
Nombre de ayudante:				
Nombre de anestesiólogo:				

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 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.

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

Firma del médico tratante