

INFORME MÉDICO

ATENCIÓN
MÉDICAPAGO
DIRECTO

REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y firmado autógraficamente por el médico tratante.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DMM-IM-04

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO
		FEM MASC

CAUSA DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD
ENFERMEDAD ACCIDENTE EMBARAZO PREVENCIÓN	SI NO CUAL?

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (INCLUIR FECHAS)	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
DESCRIBA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS RECIBIDOS.	

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

	FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS
	dd / mm / aaaa

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (DIAGNÓSTICO DEFINITIVO)	FECHA DE DIAGNÓSTICO
		dd / mm / aaaa

TIPO DE PADECIMIENTO	CONGÉNITO	ADQUIRIDO	AGUDO	CRÓNICO
¿SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE?	SI	NO	¿CUAL?	

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

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO		
		FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO dd / mm / aaaa	
¿HUBO COMPLICACIONES	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
SI			
NO			
OBSERVACIONES:			
HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA: HOSPITALARIA URGENCIA CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO dd / mm / aaaa	FECHA DE EGRESO dd / mm / aaaa
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:	
ESPECIALIDAD:		R.F.C.	CELULAR:
CEDULA PROFESIONAL:		CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN:	
No. de PROVEEDOR:	@e-mail:	
PRESUPUESTO		DETALLAR INTERCONSULTANTES:	
COSTO POR CONSULTA: \$		COSTO 1er AYUDANTE: \$ _____	
COSTO CIRUJANO: \$		COSTO INTERCONSULTA: \$ _____	
COSTO ANESTESIÓLOGO: \$		_____	

NOTA: 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 ASÍ MISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.
 EN CUMPLIMENTO A LO PREVISTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, CON EL AVISO DE PRIVACIDAD QUE SE ENCUENTRA PUBLICADO EN EL PORTAL www.planseguro.com.mx Y CON ELLO SE GARANTIZA QUE LA INFORMACIÓN DEL ASEGURADO SE USA EXCLUSIVAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES INHERENTES A LA RELACIÓN JURÍDICA QUE DERIVA DE LA POLÍZA DE SEGURO.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL ASEGURADO Y/O FAMILIAR RESPONSABLE