



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

INFORME MÉDICO

 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA TRATAMIENTO MÉDICO REEMBOLSO

INSTRUCCIONES

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE	No. PÓLIZA	EDAD	SEXO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> PREVENCIÓN <input type="radio"/> EMBARAZO <input type="radio"/> ENFERMEDAD <input type="radio"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿CUÁL?		

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS	FECHA INICIO
-------------------------------	--------------

CODIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO
---------------	-----------------------------	-------------------

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, SI NO ¿CUÁL?

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

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRURGICO)	
	FECHA INICIO	

¿HUBO COMPLICACIONES?	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
OSERVACIONES		

NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA:	FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
	<input type="radio"/> URGENCIA <input type="radio"/> HOSPITALARIA <input type="radio"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA		
CIUDAD:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERO Y NOMBRE DEL MÉDICO:	TELÉFONO:
ESPECIALIDAD:	R.F.C.:
CEDULA PROFESIONAL:	CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN:
NÚMERO DE PROVEEDOR:	E-mail:

PRESUPUESTO			
MONTO CONSULTA	\$	MONTO 1er. AYUDANTE	\$
MONTO CIRUJANO	\$	MONTO 2do. AYUDANTE	\$
MONTO ANESTESISTA	\$	INTERCONSULTAS	\$

ESPECIFICAR ESPECIALISTAS

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.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx