



FORMATO DE ATENCIÓN

Indicaciones:

1. Es necesario llenar este formato en su totalidad, proporcionando información completa y detallada incluyendo la firma de los beneficiarios.
2. La inexactitud o falsedad de información aquí detallada, releva de toda responsabilidad a OCEAS.
3. La recepción de este formato no implica la aceptación de este.
4. La información médica deberá ser llenada por su médico tratante y por cada médico del que haya recibido atención; la cual tendrá una validez por 6 meses o en cada modificación del tratamiento.
5. Para cualquier duda acerca del llenado de este formato, por favor, comuníquese a la Línea de Atención Telefónica Especializada (LATE) al 55 55 14 55 91 Opción 3, con servicio 24/7.

Tipo de evento	Accidente	Enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de notificación	Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento)	Complemento (Cuando ya se han presentado gastos por el evento)	No. de evento 1
			No. de afiliado 3806004

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO			
Nombre de la Diócesis	Huejutla	Tipo de programa	Programa Sacerdotal <input type="checkbox"/> Programa Seminaristas <input type="checkbox"/>
Nombre del Beneficiario	Octavio López Rivera	Número del Beneficiario	
Fecha de nacimiento	28-Junio-1938	Lugar de Residencia	Tlancheñol Hgo.
Tel. de contacto	7749174646 ext 110	Correo electrónico	rpvcin@gmail.com

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
Fecha en que ocurrió o iniciaron los síntomas	2003	Fecha de diagnóstico (primera visita al médico)	12-Julio-2010
En caso de accidente detalle el mecanismo / En caso de enfermedad describa síntomas presentados			
Dificultad para orinar, se levanta varias veces			
¿Fue un accidente de tránsito?	SI	No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Fue notificada alguna autoridad? (Favor de anexar acta de ministerio público o autoridad que tuvo conocimiento)			
En caso de haber requerido hospitalización	Hospital	Fechas de estancia	
	NO		

FORMATO DE ATENCIÓN

INFORMACIÓN MÉDICA (Deberá ser llenado por el médico tratante)				
Historia Clínica (Detallar patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución, tratamientos, cirugías)				
Antecedentes heredo familiares		Antecedentes personales no patológicos		
Abuela Materna DM Tío Carnal Probable Cancer Tía Abuela Probable Cancer		Alimentación sin grasas caminata 30 min. No tabaquismo		
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes perinatales		
No alergias Cirugía Hernia Hiatal Cardiopatía Isquémica ex cataratas No Diabetes Melitus ex tabique nasal No hipertensión Fx tibia en Infancia Amigdalectomía, Hemorroides		Ninguno		
Signos y síntomas				Fecha de inicio
Cuadro Crónico y agudizado de Prostatismo				1 / 2003
Nocturia				
Exploración Física				
Tacto Rectal				
Estudios de laboratorio y/o gabinete				
EGO, APE, Fracción libre				
Diagnóstico: Hiperplasia Prostatica				
Padecimiento	Congénito	Adquirido	Agudo	Crónico
¿Se relaciona o es complicación de otro?	Si	No	¿Cuál?	
Descripción del tratamiento realizado				
Combodart 1 diaria x las noches, sin suspender.				
Vesicare tomar 1 diaria x las noches sin suspender.				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre: Ruben Bernabe Ceja				
Especialidad	Cédula Profesional	Cédula de Especialidad		
Urología	1814586	3445602		
Número de contacto: 333630-3637		Correo electrónico: urologiker@gmail.com		



FORMATO DE ATENCIÓN

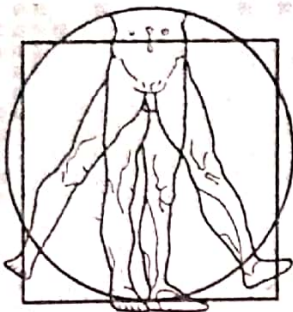
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A SOLICITAR			
Consulta <input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía <input type="checkbox"/>	Servicios auxiliares <input type="checkbox"/>
Descripción del Servicio Consulta y valoración en Diciembre 2021			
Nombre del Proveedor Dr. Ruben Bernabe Ceja	Ciudad Guadalajara Jal	Fecha de Servicio Diciembre 2021	
Teléfono de contacto 333630-3637	Lugar de atención Consultorio Hospital de Carmen		

HONORARIOS MÉDICOS (Presupuesto)					
Cirujano / Médico tratante Ruben Bernabe Ceja	Primer ayudante				
Anestesiólogo	Segundo ayudante				
¿Pertenece a la red de OCEAS?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Acepta el tabulador y pago de OCEAS?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

PROGRAMACIÓN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	
Enlistar <u>medicamentos</u> (dosis, tiempo del tratamiento)	Combodart caps 0.5 mg / 0.4 mg 1 diaria x las noches no suspender Vesicare 5mg 1 q/24 hrs x noche
Dirección de entrega	Seminario carretera Toluca-Mexico Km 165 Cd. Sta Cecilia Tlanchinol
	HGO. CP 43150

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO
Ruben Bernabe Ceja	Octavio Infiguez Rivera

LUGAR	FECHA
Guadalajara Jal	07/08/2021



Visite www.rubenbernabe.com

PACIENTE: OCTAVIO IÑIGUEZ RIVERA

FECHA: 07-ago-21

SU PRÓXIMA CITA SERÁ: _____

Dr. Rubén Bernabe Ceja
CIRUJANO URÓLOGO

COMBODART UNA CADA 24 HORAS POR 5 MESES
VESICARE 5MG CADA 24 HORAS POR LA NOCHE POR 5 MESES

Torre de Especialidades Médicas Ángeles del Carmen
Tarascos No. 3473 Piso 8, Consultorio 820, Fracc. Monraz
Guadalajara, Jalisco
Tel: 01 (33) 3813-3331 y 3630-3637

Email: rubece@hotmail.com

URGENCIAS Nextel: 1136-2287 / Cel: 33 38 09 11 18

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA CERTIFICADO POR EL CONSEJO NACIONAL DE UROLOGÍA COLEGIO JALISCIENSE DE UROLOGÍA
CED PROF 1814586 CED ESP 3445602