

Informe Médico

Tipo de informe: ☐ Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico ☐ Reembolso

Instrucciones

- 1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
- 2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- 3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- 4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras o cambio de color de tinta.
- 5. Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Edad _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado Civil _____

Causa de Atención: ☐ Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente

Referido por otro médico o unidad: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

Ficha de Identificación

(Describe patologías y/o realización de cirugía y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

Antecedentes Heredo-Familiares: _____

Antecedentes Personales Patológicos (Fecha de Inicio):

Cáncer	DD	MM	AAAA	Cardíacos	DD	MM	AAAA	Otro	DD	MM	AAAA
Obesidad	DD	MM	AAAA	VIH/SIDA	DD	MM	AAAA	Especifique _____			
Neurológicas	DD	MM	AAAA	Hepáticos	DD	MM	AAAA				
Diabetes Mellitus	DD	MM	AAAA	Hipertensivos	DD	MM	AAAA				

Mencione cirugías realizadas _____

Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica) _____

Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? especificar tipo y cantidad) _____

¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? especificar tipo y cantidad) _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos: FUM _____ No. de Embarazo(s): _____ Parto(s): _____

Cesárea(s): _____ Aborto(s): _____

Antecedentes Perinatales: _____ Otro (s): _____

Ficha de Identificación

Fecha de primeros síntomas del padecimiento	DD	MM	AAAA	Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento: _____
Fecha de primera consulta por este padecimiento	DD	MM	AAAA	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento	DD	MM	AAAA	
DIAGNÓSTICO(S)				CAUSA/ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

Tipo de padecimiento: ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: ☐ Si ☐ No

¿Cuál?

¿El origen del padecimiento es primario? ☐ Si ☐ No ¿Cuál?

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? ☐ Si ☐ No ☐ Parcial ☐ Total

Desde Hasta

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? ☐ Si ☐ No Favor de especificar el tipo de tratamiento

Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados Talla: Mts. Peso: Kg. T/A: mm/Hg.

Señale los datos relevantes de la exploración física:

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico

Tratamiento

Descripción del tratamiento:

En caso de Tratamiento Médico, **favor de indicar fecha de inicio**

En caso de Tratamiento Quirúrgico, **favor de especificar procedimiento**

¿Hubo complicaciones? ☐ Si ☐ No Descripción de las complicaciones

En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital: Ciudad:

Tipo de estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de ingreso Fecha de egreso

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico

Especialidad: Teléfono

Teléfono Celular Radio Localizador

Cédula Profesional R.F.C.

E-mail

Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora: ☐ Sí ☐ No

En caso de haber contestado NO a la respuesta anterior: Acepto los tabuladores en el entendido que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente. ☐ Sí ☐ No

En caso de no aceptar tabulador de la aseguradora especificar presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico.

Cirujano \$ Ayudante \$ Anestesista \$

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa)

Hospital dónde se practicará la cirugía

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores. Asimismo, relevo a las Instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado. 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, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de Allianz México con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, relevo de toda Responsabilidad a Allianz México. El llenado de este formato no obliga a Allianz México, a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a de Allianz México, de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante