

Gastos Médicos Mayores Informe Médico 01 DE 03

Folio:

Tipo de informe									
Programación de cirugía o tramiento médico 🛚			Reembolso 🗆						
Instrucciones									
Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.									
Datos del Paciente									
Nombre(s):	Аре	ellido paterno:	Apellido materno:						
Edad	Sexo M □ F [Ocupación		No. de Póliza				
Tipo de reclamación									
Embarazo Enferr		Enfermedad	Accidente [
Referido por otro médico o unidad Sí No		¿Cuál?							
Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio:			Antecedentes Gineco-Obstetricos:						
Antecedentes personales no patológicos:			Antecedentes perinatales:						
Padecimiento actual									
Principales signos y síntomas					Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)				
Código CIE-10	Código CIE-10 Descripción del diagnóstico				Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA)				
Evolución del padecimiento 1-30 Días 1-3 meses 3-6 meses 1-2 años +2 años									
Tipo de padecimiento Congénito □ Agudo □ Crónico □ Adquirido □			¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí □ No □						
¿Cuál?									
Resultado de la exploración física y de los estudios (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico) Tallacms. PesoKg. T/Amm/Hg FC:x' FR:x' TC									
Tratamiento									
Código CPT4			Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)						
Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:									
Médicos que participaron:									

Tratamiento									
Duración del tratamiento:									
¿Hubo complicaciones? Sí □ No □									
Descripción de las complicaciones:									
Interconcultus número u fechas (DD/MM/AAA)									
Interconsultas, número y fechas (DD/MM/AAAA)									
Observaciones									
Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)									
En caso de reembolso por hospitalización									
Nombre del hospital			Ciudad y estado						
Tipo de estancia Urgencia □ Hospitalaria □ Corta estancia / ambulatoria □									
Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA) Fecha de egreso (DD)		Fecha de egreso (DD/MM//	AAAA)	Fecha de intervención (DD/MM/AAAA)					
Datos generales del médico tratante									
Nombre(s):	lombre(s): Apellido paterno: Apellido materno:								
Especialidad		Teléfono		Teléfono celular / radio					
Cédula Profesional REGISTRO FEDERAL DE CA			AUSANTES (10 POSICIONES,) + HOMOCLA\ 	/E (3 POSICIONES):				
Cédula de Especialidad / certificación									
No. de proveedor			Email						
Programación de cirugía									
Tiene convenio con la Aseguradora? Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio									
Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.									
Cirujano \$	Ayudante \$		Anestesiólogo \$		Tratamiento médico \$				
Fecha exacta de la cirugía (DD/MM/AAAA	4 <i>AA</i>)		Hospital en que se realizará						

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi domicilio y/o correo electrónico.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

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 asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más 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 invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Nombre y firma del Médico Tratante