

INFORME MÉDICO

☐ Programación de cirugía
 ☐ Tratamiento médico
 ☒ Reembolso

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación	
Nombre del paciente <i>Francisco José Rueda Claussell</i>	Fecha de nacimiento <i>11/01/1973</i> Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Causa de atención <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro médico o unidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____

Historia Clínica	
Antecedentes personales patológicos <i>Trauma reumático de hombro 2020 Sindrome Post Traumatico 2016</i>	Antecedentes personales no patológicos <i>No</i>
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____
Antecedentes gineco-obstétricos G ____ / P ____ / A ____ / C ____ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad <i>0-7</i>	Antecedentes perinatales (si es necesario) <i>No</i>
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____

Padecimiento actual	
Principales signos y síntomas <i>Edema y vómitos de color verde de</i>	Fecha de inicio Día ____ Mes ____ Año <i>17/16</i>
Código CIE-10 <i>Sindrome Post Traumatico de Manos y Brazos</i>	Fecha de diagnóstico Día ____ Mes ____ Año <i>17/16</i>
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input checked="" type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	

Historia clínica			
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	Descripción del tratamiento <i>Examen 20y 17ul parolal de</i> <i>Medicamentos 30-40 unty</i>		Fecha de inicio Día Mes Año 20
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Describe complicaciones		
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados como anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico <i>Leveo edema de MTT reubos de Colerren</i>			
Nombre del hospital	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	Fecha de ingreso Día Mes Año 	Fecha de egreso Día Mes Año
Datos del médico tratante			
Nombre del médico <i>Pedro Pablo Urrutia Acuña</i>			
Especialidad <i>Angeio logia</i>	Cédula profesional <i>4558031</i>	Cédula especialidad o certificación <i>4623200</i>	Médico de red <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme ala 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.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante para el Asegurado titular y Afectado: El servicio que el hospital proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y Usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente. Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Nota Importante para el Médico: Se le informa al médico que el presente informe y su contenido carecerán de valor en los términos del Aviso de Privacidad sin la firma del asegurado afectado y en caso de minoría de edad se requerirá de firma del asegurado titular. Por lo anterior solicitamos su amable cooperación para recabar la firma correspondiente.

CDMP 6/5/22

Lugar y fecha

[Firma]
Firma del médico tratante

[Firma]
Francisco José Rueda Chavell
Nombre y firma del paciente

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____.