

## **INFORME MÉDICO PACIENTE**

Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V. José Ma. Castorena No. 426 Col. San José de los Cedros, Cuajimalpa 05200 México, D.F. Reporte de Siniestros 01800 800 2880 | 01800 288 6700 Centro de Contacto Quálitas 01800 800 2021 | ccq@qualitas.com.mx

N° DE REPORTE	N° DE SINIESTRO	N° DE P	ÓLIZA	N° DE INCISO
(DEBE SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE)				
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				
APELLIDO PA	TERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)
		FECHA DE OCURRIDO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE ATENCIÓN
EDAD SE	EXO:	DD MM AA	DEL INFORME MÉDIC  DD MM AA	O DD MM AA
LUGAR DE ATENCIÓN		LUGAR DE	ERESIDENCIA	
CINEMÁTICA DE TRAUMA:				
COLISIÓN ATROPELLO VOLCADURA CAÍDA ROBO CON VIOLENCIA OTRO				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (ANOTAR QUIRÚRGICOS PREVIOS DIRIGIDOS A ARTICULACIONES, COLUMNA, CABEZA)				
ANTECEDENTES PATOLOGIC	LOS (ANOTAR QUIRURGICOS PREVI	OS DIRIGIDOS A ARTICULAC	liones, Columna, Cabeza)	
		RESUMEN MÉDICO	)	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA				
PLAN DE MANEJO:				
MÉDICO HOSPITALARIO QUIRÚRGICO U				
NOTA: COMO MÉDICO TRATAN	NTE, AUTORIZO A LOS HOSPITALES	DONDE FUE INTERNADO E	EL PACIENTE A OTORGAR A C	QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
ESTE CASO RELEVO A LAS IN	nštituciones o personas inv	OLUCRADAS, DEL SECRET	O PROFESIONAL Y HAGO	NTOS ANTERIORES. PARA TAL EFECTO EN CONSTAR QUE UNA COPIA DE ESTA
				A INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN CO QUE OBRA EN MI PODER. QUÁLITAS
NO CUBRE LESIONES CUAND	O EXISTE OMISIÓN O FALSAS DEC	CLARACIONES, AGRAVAMIE	NTO O COMPLICACIÓN DE	EL PADECIMIENTO ORIGINADO POR EL
LO CUIDEN, NO ACATANDO	LAS INDICACIONES MÉDICAS PR	ESCRITAS. ASÍ COMO NO	SE CUBREN PADECIMIENT	Y/O DE LA PERSONA O PERSONAS QUE TOS PREEXISTENTES O QUE NO SEAN
CONSECUENCIA DEL ACCIDEN	ITE. SE ENTIENDEN POR PADECIMIE	NTOS PREEXISTENTES AQU	iellos cuyos síntomas o	SIGNOS SE MANIFIESTAN ANTES DE LA R VALORACIÓN CLÍNICA, ESTUDIOS DE
LABORATORIO Y/O GABINETE	INDIQUEN LESIONES Y ENFERMEDA	DES PREEXISTENTES O CRÓ	NICO DEGENERATIVAS SIN	QUE ÉSTAS SE HAYAN MANIFESTADO NI
PUESTO EN EVIDENCIA.				
NOMBRE DEL MÉDICO				
ESPECIALIDAD		E-MAIL		
TELÉFONOS 01 ( )	CELULAR	(045)	CÉDULA DE ES	SPECIALIDAD
LUGAR O CIUDAD DE EMIS	SIÓN		NC	DMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO
			140	