



MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)

Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

## INFORME MÉDICO



PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA



TRATAMIENTO MÉDICO



REEMBOLSO

### INSTRUCCIONES

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.

2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE

No. PÓLIZA

EDAD

SEXO



F



M

CAUSA DE ATENCIÓN



PREVENCIÓN



EMBARAZO



ENFERMEDAD



ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD:



SI



NO

¿CUÁL?

### HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

### PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA INICIO

CODIGO CIE-10

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO

TIPO DE PADECIMIENTO



CONGÉNITO



ADQUIRIDO



AGUDO



CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?



SI



NO

¿CUÁL?

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO)

| TRATAMIENTO                                                                    |  |                                                                                                                                               |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| CODIGO CPT-4                                                                   |  | DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRURGICO)                                                                                           |                   |
|                                                                                |  |                                                                                                                                               |                   |
|                                                                                |  | FECHA INICIO                                                                                                                                  |                   |
| ¿HUBO COMPLICACIONES?<br><br>SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |  | DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES                                                                                                                 |                   |
| OSERVACIONES                                                                   |  |                                                                                                                                               |                   |
| NOMBRE DEL HOSPITAL:                                                           |  | TIPO DE ESTANCIA:<br><input type="radio"/> URGENCIA<br><input type="radio"/> HOSPITALARIA<br><input type="radio"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA | FECHA DE INGRESO: |
| CIUDAD:                                                                        |  |                                                                                                                                               |                   |
|                                                                                |  |                                                                                                                                               | FECHA DE EGRESO:  |
| DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE                                            |  |                                                                                                                                               |                   |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO:                                 |  | TELEFONO:                                                                                                                                     |                   |
| ESPECIALIDAD:                                                                  |  | R.F.C.:                                                                                                                                       | N°. CELULAR:      |
| CEDULA PROFESIONAL:                                                            |  | CEDULA DE ESPECIALIDAD<br>O CERTIFICACIÓN:                                                                                                    |                   |
| NÚMERO DE PROVEEDOR:                                                           |  | E-mail:                                                                                                                                       |                   |
| PRESUPUESTO                                                                    |  |                                                                                                                                               |                   |
| MONTO CONSULTA \$                                                              |  | MONTO 1er. AYUDANTE \$                                                                                                                        |                   |
| MONTO CIRUJANO \$                                                              |  | MONTO 2do. AYUDANTE \$                                                                                                                        |                   |
| MONTO ANESTESISTA \$                                                           |  | INTERCONSULTAS \$                                                                                                                             |                   |
| ESPECIFICAR ESPECIALISTAS                                                      |  |                                                                                                                                               |                   |

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 así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)