SEGUROS BANORTE

INFORME MÉDICO

☐ Programación de cirugía
☐ Pago Directo
☐ Reembolso

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:	Edad:	Sexo: F M

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

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

HISTORIA CLÍNICA
(Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos:	Antecedentes personales no patológicos:
Antecedentes gineco-obstétricos:	**Antecedentes personales (si es necesario):**

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:

Fecha de Inicio
DD MM AA

Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:

Fecha de diagnóstico
DD MM AA

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

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):

01/SB02-0201

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción del tratamiento:
	Fecha de Inicio DD MM AA
¿Hubo complicaciones? ☐ Sí ☐ No	Descripción de complicaciones:

Observaciones:

Nombre del Hospital:	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Ciudad:	☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulancia	DD MM AA	DD MM AA

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____ R.F.C.: _____ Celular: _____

Cédula profesional: _____ Cédula de especialidad o certificación: _____

Nombre de proveedor: _____ E-mail: _____

Presupuesto:

01/SB02-0201

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web **www.segurosbanorte.com.mx**

_____ **Lugar y fecha**

_____ **Firma del médico tratante**