Informe Médico

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra legible y firma autografa, tanto por el médico tratante como por el asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al médico tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras.
4. La información plasmada en este Informe Médico, no será susceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

Ficha de Identificación

Nombre: NOMBRE(S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO

Edad: Sexo: ○ Masculino ○ Femenino

Causa de Atención: ○ Enfermedad ○ Accidente ○ Embarazo ○ Prevención ○ Segunda Opinión Médica

Referido por otro Médico o Unidad: ○ Sí ○ No ¿Cuál?

Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

Antecedentes Personales Patológicos (incluir fechas)

Describa Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos. Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

- ☐ Cardiácos
- ☐ Hipertensivos
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Cáncer
- ☐ Hepáticos
- ☐ Convulsivos
- ☐ Cirugías
- ☐ Otros:
- ☐ Paciente niega antecedentes

Antecedentes Ginecoobstétricos

- ☐ Menarca
- ☐ Gestas
- ☐ Partos
- ☐ Cesárea
- ☐ Abortos
- ☐ DOC -fecha-
- ☐ Otros

☐ Paciente niega antecedentes

Especificar si recibió tratamiento para infertilidad:

Antecedentes Perinatales

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución)

Fecha de inicio de síntomas
DD/MM/AAAA

Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico
DD/MM/AAAA
Código CIE-10

Tipo de Padecimiento: ○ Congénito ○ Adquirido ○ Agudo ○ Crónico Tiempo de evolución:

Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: ○ Sí ○ No ¿Cuál?

En caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión: ○ Quirúrgico ○ No Quirúrgico

Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios diagnósticos, debe anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico.

Fecha de cirugía: DD/MM/AAAA Fecha de hospitalización: DD/MM/AAAA Fecha de alta: DD/MM/AAAA

Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

○ Consultorio ○ Hospital ○ Gabinete ○ Otro Especifique:

¿Se realizó estudio histopatológico? ○ Sí ○ No

Describa el resultado del estudio histopatológico:

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento
DD/MM/AAAA

Requerimientos específicos

Enfermera: ○ Sí ○ No Oxigeno: ○ Sí ○ No Terapia física: ○ Sí ○ No

Ambulancia: ○ Sí ○ No

¿Hubo Complicaciones? ○ Sí ○ No

Descripción de las Complicaciones

Hospital: Ciudad:

Tipo de estancia: ○ Corta estancia/ Ambulatoria ○ Hospital ○ Urgencias

Fecha de ingreso: DD/MM/AAAA Fecha de egreso: DD/MM/AAAA

Nombre: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Especialidad: RFC:

Cédula Profesional: Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor: Correo electrónico:

Presupuesto de honorarios medicos

Nombre del Cirujano:	Monto	Nombre del Ayudante:	Monto

Nombre del Anestesiólogo:		Médicos Interconsultantes:	

Detallar Interconsultas:

Programación de medicamentos / sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

Teléfonos:

	Nombre y presentación del medicamento	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 horas.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Programación de servicios auxiliares

Tipo de terapia: No. sesiones:

¿Se requiere servicio de enfermería? ○ Sí ○ No

Días requeridos: ○ Matutino ○ Vespertino ○ Nocturno ○ 24 horas

Descripción de actividades:

En caso de programación de cirugía para las especialidades de ortopedia, neurocirugía, cardiología o aquellos que requieran dispositivos, renta de equipos o material quirúrgico especializado, deberá llenar el siguiente apartado.

Plan terapéutico para seguir

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada)

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado

Solicitud de material o renta de equipo especial para procedimientos quirúrgicos o cuidados especiales

Indique el equipo material de osteosíntesis y dispositivos o instrumental a utilizar y datos de los proveedores.

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Monto	Distribuidor (nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Solo se deberán recabar datos de la persona moral. El correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del equipo médico

Cirujano

Nombre: Especialidad:

Cédula profesional: Cédula de especialidad: RFC a facturar:

Correo electrónico: Teléfono:

Anestesiólogo

Nombre:

Especialidad: Cédula profesional:

Cédula de especialidad: RFC a facturar:

Teléfono:

Ayudante 1

Nombre:

Otros médicos:

Ayudante 2 (aplica de acuerdo a Condiciones Generales)

Nombre:

Otros médicos:

Nota:
Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrece; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación; cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicio; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y revocación 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 contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información; así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identifiación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y el financiamiento al terrorismo: para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estádisticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

_____

Lugar y fecha

_____ _____

Nombre y firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Este formato tiene vigencia de 6 meses a partir de la fecha de emisión.