Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Informe Médico

Tipo de informe: ☐ Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico ☐ Reembolso

Instrucciones

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras o cambio de color de tinta.
5. Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: Apellido Paterno ..... Apellido Materno ..... Nombre(s) .....

Edad ..... Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado Civil .....

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

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

Ficha de Identificación

(Describa patologías y/o realización de cirugía y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

Antecedentes Heredo-Familiares: .....

.....

Antecedentes Personales Patológicos (Fecha de Inicio):

Cáncer	DD MM AAAA	Cardíacos	DD MM AAAA	Otro	DD MM AAAA		
Obesidad	DD MM AAAA	VIH/SIDA	DD MM AAAA				
Neurológicas	DD MM AAAA	Hepáticos	DD MM AAAA	Especifique	.....		
Diabetes Mellitus	DD MM AAAA	Hipertensivos	DD MM AAAA		.....		

Mencione cirugías realizadas .....

Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica) .....

Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? especificar tipo y cantidad) .....

¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? especificar tipo y cantidad) .....

Antecedentes Gineco-Obstétricos: FUM ..... No. de Embarazo(s): ..... Parto(s): .....

Cesárea(s): ..... Aborto(s): .....

Antecedentes Perinatales: ..... Otro (s): .....

Ficha de Identificación

Fecha de primeros síntomas del padecimiento DD MM AAAA

Fecha de primera consulta por este padecimiento DD MM AAAA

Fecha de diagnóstico de este padecimiento DD MM AAAA

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento: .....

DIAGNÓSTICO(S) CAUSA/ETIOLOGÍADELPADECIMIENTO

.....

.....

.....

 Blvd. Manuel Ávila Camacho 164, Col. Lomas de Barrilaco, Ciudad de México. C.P. 11010 Tel.: 55 5201 3000, Lada sin Costo: 800 11 11 200 • www.allianz.com.mx

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Informe Médico

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

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: ☐ Si ☐ No

¿Cuál? .....

¿El origen del padecimiento es primario? ☐ Si ☐ No ¿Cuál? .....

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? ☐ Si ☐ No ☐ Parcial ☐ Total

Desde DD | MM | AAAA Hasta DD | MM | AAAA

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? ☐ Si ☐ No Favor de especificar el tipo de tratamiento .....

.....

Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados Talla: ..... Mts. Peso: ..... Kg. T/A: ..... mm/Hg.

Señale los datos relevantes de la exploración física: .....

.....

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico .....

.....

Tratamiento

Descripción del tratamiento: .....

.....

En caso de Tratamiento Médico, **favor de indicar fecha de inicio** DD | MM | AAAA

En caso de Tratamiento Quirúrgico, **favor de especificar procedimiento** DD | MM | AAAA

.....

¿Hubo complicaciones? ☐ Si ☐ No Descripción de las complicaciones .....

.....

En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital: ..... Ciudad: .....

Tipo de estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de ingreso DD | MM | AAAA Fecha de egreso DD | MM | AAAA

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico .....

Especialidad: ..... Teléfono .....

Teléfono Celular ..... Radio Localizador .....

Cédula Profesional ..... R.F.C. .....

E-mail .....

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Informe Médico

Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora: ☐ Sí ☐ No

En caso de haber contestado NO a la respuesta anterior: Acepto los tabuladores en el entendido que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente. ☐ Sí ☐ No

En caso de no aceptar tabulador de la aseguradora especificar presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico.

Cirujano $ _____ Ayudante $ _____ Anestesista $ _____

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa) .....

Hospital dónde se practicará la cirugía .....

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores. Asimismo, relevo a las Instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado. 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 asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de Allianz México con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a Allianz México. El llenado de este formato no obliga a Allianz México, a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a de Allianz México, de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

_____ Lugar y Fecha

_____ Firma del Médico Tratante