INFORME MÉDICO

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.

Programación de cirugía ☐ Tratamiento médico ☐ Reembolso ☐

Ficha de identificación

Apellido paterno, materno y nombre del paciente	No. de póliza / No. de Certificado / Edad ____ / Sexo ☐M ☐F
Causas de atención: Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐	Referido por otro médico o unidad: ☐No ☐Si ¿Cuál? ____

Historia clínica (especificar tiempo de evolución)

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

Padecimiento actual

Signos y síntomas

Fecha de inicio: Día / Mes / Año

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

Con una evolución de: 1-30 días ☐ 1-6 meses ☐ Más de 1 año ☐ Más de 2 años ☐

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? ☐No ☐Si ¿Cuál? ____

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

Talla

Peso

Código CIE-10	Descripción del diagnóstico

Fecha de diagnóstico: Día / Mes / Año

	Tratamiento
Código CPT-4	Descripción del tratamiento Fecha de inicio Día Mes Año
¿Hubo complicaciones? No ☐ Si ☐	Descripción de complicaciones:

Observaciones

Nombre del hospital	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Ciudad	☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno, materno y nombre del médico _____ Teléfono _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____

Cédula profesional _____ No. cédula especialidad o certificación _____

No. Proveedor _____ E-Mail _____

Banco _____ Clabe interbancaria para pago _____

Datos de médicos interconsultantes o participantes en la intervención

Médico 1 - Tipo de participación

Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____

Apellido paterno, materno y nombre (s)	Especialidad

Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____

Médico 2 - Tipo de participación

Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____

Apellido paterno, materno y nombre (s)	Especialidad

Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____

Médico 3 - Tipo de participación			
Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____			
Apellido paterno, materno y nombre (s)			Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____
Presupuesto			

El médico cirujano podrá realizar el cobro de los honorarios de los integrantes de su equipo de trabajo participante; para lo cual, reconoce haber cumplido con la obligación de informarles sobre el cobro, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como en caso de recabar datos personales de otros titulares, haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con lo estipulado en las políticas y los porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto puede invalidar toda responsabilidad de la aseguradora con el asegurado.

NOTA: Como médico tratante 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 con el asegurado.

¿Al firmar el presente documento usted reconoce y acepta los términos y condiciones contenidos en la presente liga https://www.segurossura.com.mx/wp-content/uploads/2023/04/Acuerdos[1]terminos-y-condiciones-proveedores.pdf

Lugar y fecha

Firma del médico tratante