Seguros BX+

Accidentes Personales
Informe Médico

Tipo de Informe

Programación de cirugía o tratamiento médico ☐	Reembolso ☐

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Apellido paterno:	*Apellido materno:*	*Nombre(s):*	
Edad:	Sexo: *M* ☐ *F* ☐	Fecha de nacimiento *(DD/MM/AAAA)*:	No. de Póliza:
Ocupación:			

Tipo de Reclamación

Accidentes Personales Escolar ☐	Accidente Personal ☐
Referido por otro médico o unidad *Sí* ☐ *No* ☐	¿Cuál?
Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio	Antecedentes gineco-obstétricos
Antecedentes personales no patológicos	Antecedentes perinatales

Antecedentes Patológicos Traumáticos

Rodilla ☐ Tobillo ☐ Columna ☐ Fracturas ☐

Otros (especificar):

Diagnósticos, tratamiento y fechas:

Padecimiento Actual

Fecha de inicio *(DD/MM/AAAA)*:	Fecha de primera consulta *(DD/MM/AAAA)*:	Fecha de diagnóstico *(DD/MM/AAAA)*:
Principales signos y síntomas:		
No. de consultas auxiliares subsecuentes:		Fecha primeros estudios *(DD/MM/AAAA)*:
Código CIE-10:	Descripción del diagnóstico	
Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:		
Fecha de IQ *(DD/MM/AAAA)*:		

Diagnóstico Postoperatorio

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el Diagnóstico? (anexar estudios y resultados):

Evolución del padecimiento
1-30 Días ☐ 1-3 Meses ☐ 3-6 Meses ☐ 1-2 Años ☐ Más de 2 años ☐

Tipo de padecimiento
Congénito ☐ Agudo ☐ Crónico ☐ Adquirido ☐

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

Resultado de la exploración física y de los estudios (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)
Talla _____ cm Peso _____ kg T/A _____ mm/Hg FC: _____ x´ FR: _____ x´ T _____ C

Tratamiento

Código CPT4	Fecha de inicio *(DD/MM/AAAA)*:

Médicos que participaron:

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones? *Sí* ☐ *No* ☐
Descripción de las complicaciones:

En caso de pérdidas orgánicas, especificar:

Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora? *Sí* ☐ *No* ☐
Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio:

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S. A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado *Sí* ☐ *No* ☐

Si la respuesta fue negativa, favor de indicar presupuesto:

Cirujano $	Anestesiólogo $	Ayudante $	Otros médicos $

Fecha exacta de la cirugía *(DD/MM/AAAA)*:	Hospital en que se realizará:

En caso de Indemnización Diaria, indique fecha de inicio y terminación de Incapacidad y días de Incapacidad:

Inicio *(DD/MM/AAAA)*:	Terminación *(DD/MM/AAAA)*:	Días:

¿Existe algún antecedente Personal Patológico importante relacionado con el padecimiento reclamado? *Sí* ☐ *No* ☐
En caso afirmativo, favor de detallar:

¿Toma o tomó algún medicamento? *Sí* ☐ *No* ☐
En caso afirmativo, favor de detallarlo:

Nombre y parentesco (en caso de que no sea el asegurado) de quien obtuvo la información:

Interconsultas, número y fechas *(DD/MM/AAAA)*

Observaciones:

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

En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital:	Ciudad y Estado:

Tipo de estancia

Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia / Ambulatoria ☐

Fecha de ingreso *(DD/MM/AAAA)*:	Fecha de egreso *(DD/MM/AAAA)*:	Fecha de intervención *(DD/MM/AAAA)*:

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno: *Apellido materno:* *Nombre(s):*

Especialidad:	Teléfono:	Teléfono celular / radio:
Cédula Profesional:	R.F.C.	Cédula de Especialidad / Certificación:
Número Proveedor (en caso de pertenecer a red Ve por Más):		Email:

En caso de muerte, favor de indicar:

Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte:

Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte:

Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad o causa principal:

Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad o causa principal:

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi correo electrónico.

Lugar y fecha *(DD/MM/AAAA)*

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 asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más 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 invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más hacia con el Asegurado.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más con domicilio en Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com

_____

Nombre y Firma del Médico Tratante