THONA SEGUROS

INFORME MÉDICO

Fecha (dd/mm/aaaa)

Instrucciones:
1. Este formato dede ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
3. Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Género M ☐ F ☐ | Edad | No. de Póliza

Actividad, ocupación o profesión | Correo electrónico

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente (dd/mm/aaaa) | Hora/Minutos

Fecha 1er consulta (dd/mm/aaaa)

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

¿Cuál?

MECANISMO DE LESIÓN

Cuadro clínico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

TRATAMIENTO Y/O INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica

THONA SEGUROS

INFORME MÉDICO

ESTUDIOS REALIZADOS

¿Cuáles fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados?

ATENCIONES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: Indicar evolución y estado actual del paciente

COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital | Ciudad | Honorarios médicos $

TIPO DE ESTANCIA

Urgencia ☐ Corta estancia ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Hospital donde se atendió

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa) | Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)

INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva?

¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa)

¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa)

MÉDICO TRATANTE

Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

RFC | Especialidad

No. de cédula profesional | No. de cédula especialidad | Teléfono

Correo electrónico | Lugar | Fecha (dd/mm/yyyy)

RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

RFC | No. de Identificación oficial | Teléfono

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.
El tratamiento de los datos personales se realiza de a cuerdo al Aviso de Privacidad en www.thonaseguros.mx

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente