INFORME MÉDICO / ENFERMEDADES GRAVES
MEDICAL REPORT / SEVERE ILLNESS

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Muy importante: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** no quedará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la Ley y al clausulado del documento.

Very important: By providing this form o investigating the claim, **Seguros Inbursa, S.A , Grupo Financiero Inbursa** is not obliged to admit the validity of any claim or its ammount, nor to give up any rights provided by Law and the document.

INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS:

1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante. / This form must be completed and signed by the treating physician.
2.- No dejar preguntas sin contestar. / Do not leave any questions unanswered.
3.- Este documento no será válido si presenta tachaduras y enmendaduras. / This document will not be valid if modified in any way.
4.- Llenar cuidadosamente debido a que de lo declarado no se aceptan cambios posteriores. / Fill carefully, since changes to the declarations will not be accepted.

☐ Programación de cirugía / Scheduled surgery ☐ Tratamiento médico / Medical treatment ☐ Reembolso / Refund

1. Datos de identificación / ID data

Nombre del paciente (nombre y apellidos) / Patients name (first and last) **Edad / Age**

Género /Gender
☐ Femenino
☐ Masculino

Causa de atención / Cause of attention
☐ Accidente / Accident
☐ Embarazo / Pregnancy
☐ Enfermedad / Illness

¿Referido por otro médico o unidad? / Referred by another pysician or unit? ☐ Sí / Yes ☐ No / No
¿Quién o cuál? / Who or which?

2. Historia clínca / Clinical history

Antecedentes patológicos personales / Personal illness history

Antecedentes no patológicos personales / Personal history

Antecedentes gineco-obstétricos personales / Gyneco-obsteric personal history

Antecedentes perinatales personales / Perinatal personal history

3 . Padecimiento actual / Current condition

Síntomas / Symptoms

Fecha de inicio (dd/mm/aa) / Start date (dd/mm/yy)

Diagnósitco / Diagnosis

Fecha de diagnóstico(dd/mm/aa) / Diagnóstic date (dd/mm/yy) **Código CIE-10 / CIE-10 Code**

Tipo de padecimiento / Illness type
☐ Congénito / Connate ☐ Agudo / Accute
☐ Adquirido / Aquired ☐ Crónico / Cronical

¿Está relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? / Is it related to another illness or accident? ☐ Sí / Yes ☐ No / No
¿Cuál? / Which?

Resultados de la exploración física y estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen el diagnótico) / Physical exploration and analysis results (attached the interpretations that confirm the diagonsis)

4. Tratamiento / Treatment

Descripción del tratamiento / Treatment description

Fecha de inicio (dd/mm/aa) / Start date (dd/mm/yy) **Código CPT-4 / CPT-4 Code**

¿Hubo complicaciones? / Where there any complications?

- ☐ Sí / Yes
- ☐ No / No

Descripción de las complicaciones / Complication description

Comentarios adicionales / Additional comments

Nombre del hospital / Hospital name

Tipo de estancia / Stay type

- ☐ Urgencia / Emergency
- ☐ Hospitalaria / Hospital
- ☐ Corta o ambulatoria / Short or ambulatory

Ciudad / City

Fecha de ingreso (dd/mm/aa) / Admission date (dd/mm/yy)

Fecha de egreso (dd/mm/aa) / Discharge date (dd/mm/yy)

5. Datos del médico tratante / Treating physician data

Nombre (nombre y apellidos) / Name (first and last)

Especialidad / Specialty

Cédula profesional / Professional licence number

Cédula especialidad / Specialty licence number

RFC / FIN (fiscal id number)

Número de proveedor / Supplier ID number

Teléfono fijo / phone

Celular / Cell phone

Correo electrónico / e-mail

Presupuesto / Medical fees

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he realizado al paciente, conforme a los estudios médicos que se le han realizado, y por las referencias y antecedentes médicos proporcionados del propio paciente o sus familiares.

The information in this document is provided according to the medical evaluation and analysis performed on the patient, as well as the references and medical history provided by patient or his relatives.

Ciudad / City

Fecha (dd/mm/aa) / Date (dd/mm/yy)

Médico tratante / Treating physician (nombre y firma /name and signature)	**Titular / Policy holder** (nombre y firma /name and signature)	**Paciente / Patient** (nombre y firma /name and signature)