

INFORME MÉDICO



Seguros Atlas

"La Empresa a la Medida"®

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F.
Tel.: (55) 9177-5000 Fax: 9177-5110 www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Programación de Cirugía
 Tratamiento Médico
 Reembolso

MUY IMPORTANTE

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir 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 de la Póliza.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

FICHA DE IDENTIFICACION			
NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO
			DIA MES AÑO
			SEXO
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCION		REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD	
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	

HISTORIA CLINICA	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS
TIEMPO DE EVOLUCION _____	TIEMPO DE EVOLUCION _____
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)
TIEMPO DE EVOLUCION _____	TIEMPO DE EVOLUCION _____

PADECIMIENTO ACTUAL	
PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS	
	FECHA DE INICIO
	DIA MES AÑO
	FECHA DE DIAGNOSTICO
	DIA MES AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico	

HISTORIA CLINICA

TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	CODIGO CIE-4	DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO <div style="text-align: right;"> FECHA DE INICIO DIA MES AÑO </div>
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DESCRIBA COMPLICACIONES 	
OBSERVACIONES 		
RESULTADO DE EXPLORACION FISICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS AL ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNOSTICO 		

NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	FECHA <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">FECHA DE INGRESO</td> <td style="width:50%; text-align: center;">FECHA DE EGRESO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DIA MES AÑO</td> <td style="text-align: center;">DIA MES AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO						
FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO											
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO											

DATOS DEL MEDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL MEDICO			
ESPECIALIDAD	CEDULA PROFESIONAL	CEDULA ESPECIALIDAD O CERTIFICACION	MEDICO DE RED <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PRESUPUESTO 			
DOMICILIO: TELEFONO(S): NOMBRE DE AYUDANTE: NOMBRE DE ANESTESIOLOGO:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. 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.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE