

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

- Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	

HISTORIA CLÍNICA

(Especificar tiempo de evolución)

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

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:		Fecha de Inicio DD MM AA		
Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de diagnóstico DD MM AA		
Tipo de Padecimiento: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):				

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción del tratamiento:									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">DD</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">MM</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">AA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Fecha de Inicio			DD	MM	AA			
Fecha de Inicio										
DD	MM	AA								

¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones:

Observaciones:

Nombre del Hospital:	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Ciudad:	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	DD MM AA	DD MM AA

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____ R.F.C.: _____ Celular: _____

Cédula profesional: _____ Cédula de especialidad o certificación: _____

Nombre de proveedor: _____ E-mail: _____

Presupuesto:

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx.

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 01 800 500 2500 y la página de internet: www.serviciosmedicospjf.com

Acepto recibir comunicaciones de prospección comercial No acepto recibir comunicaciones de prospección comercial

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correoelectrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Firma del Médico Tratante