

**Instrucciones:**

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

Grupo Financiero BBVA Bancomer

No. Siniestro

No. Trámite

 Programación de cirugía Tratamiento médico Reembolso**Ficha de Identificación**

Apellido paterno, materno y nombre del paciente

Datos físicos generales

TA

Peso

Talla

Edad

Sexo

 F M**Causa de Atención** Prevención Embarazo Enfermedad AccidenteReferido por otro médico o unidad Sí No

¿Cuál?

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco - Obstétricos

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio

 D D M M A A

Código CIE - 10

Descripción del diagnóstico

Fecha diagnóstico

 D D M M A ATipo de padecimiento Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

 Sí No

¿Cuál?

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

Tratamiento

Código CPT - 4

Descripción del tratamiento

Fecha de inicio

D | D | M | M | A | A

¿Hubo complicaciones? Sí No

Descripción de las complicaciones

Observaciones

Nombre del hospital

Tipo de estancia

 Urgencia Hospitalaria

Fecha de ingreso

Fecha de egreso

Ciudad

 Corta estancia/ambulatoria

D | D | M | M | A | A

D | D | M | M | A | A

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido paterno, materno y nombre del médico

Teléfono

Especialidad

R.F.C.

Celular

Cédula profesional

Cédula de Especialidad/Certificación

Número de proveedor

Correo electrónico

Tipo de Padecimiento

En caso de ser padecimiento adquirido, indique la evolución

 De 1 a 30 días De 1 a 3 meses De 3 a 12 meses De 1 a 2 años Más de 2 años

¿Cuántos? _____

¿La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad?

 Sí No Parcial Total

Desde

D | D | M | M | A | A

Hasta

D | D | M | M | A | A

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?

 Sí No

En caso afirmativo, especifique

Evento Programado

(por favor contestar los siguientes datos en caso de que se requiera programar un evento para su paciente)

Nombre del hospital

Fecha de ingreso

D | D | M | M | A | A

Médico de red

 Sí No**Presupuesto del equipo médico o quirúrgico**

Nombre del cirujano

\$

Nombre del anestesiólogo

\$

Nombre del ayudante

\$

Otro

\$

Fecha de atención al paciente

D | D | M | M | A | A

Nota: Como médico tratante 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 puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asegurado.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante