



**FIM
INFORME MEDICO**

PROGRAMACION DE CIRUGIA TRATAMIENTO MEDICO REEMBOLSO

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MEDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- LE SUPPLICAMOS NO DEJAR PREGUNTAS, NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SE ACEPTA CON TACHADURAS, NI ENMENDADURAS. DE LO DECLARADONO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.
- 4.- SE LE INFORMA AL MEDICO QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACION EN EL PRESENTE INFORME MEDICO PUEDE INVALIDAR TODA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA CON EL ASEGURADO.

FICHA DE IDENTIFICACION		
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCION <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	

HISTORIA CLINICA	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO) TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

PADECIMIENTO ACTUAL							
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">DIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MES</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO					
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCION DEL DIAGNÓSTICO <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">DIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">MES</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO					
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO							

TRATAMIENTO

TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGENITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO	CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">DIA</td> <td style="border: 1px solid black;">MES</td> <td style="border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO															
DIA	MES	AÑO																			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIBA COMPLICACIONES																				
OBSERVACIONES																					
RESULTADOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS AL ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO																					
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="radio"/> URGENCIA <input type="radio"/> HOSPITALARIA <input type="radio"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">FECHA DE INGRESO</td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">FECHA DE EGRESO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">DIA</td> <td style="border: 1px solid black;">MES</td> <td style="border: 1px solid black;">AÑO</td> <td style="border: 1px solid black;">DIA</td> <td style="border: 1px solid black;">MES</td> <td style="border: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </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 MÉDICO			
ESPECIALIDAD	CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACION	MÉDICO DE RED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESUPUESTO			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			

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 revelo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE