



- Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

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.

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 DE-10 | Descripción del diagnóstico: |
| | |

| | | |
|----------------------|----|----|
| Fecha de diagnóstico | | |
| DD | MM | AA |
| | | |

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes? Sí No ¿Cuál? _____

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

TRATAMIENTO

| Código CD-04 | Descripción del tratamiento: | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|------------------------|-----------------|--|--|----|----|----|--|--|--|
| | <table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">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 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia | DD MM AA | DD MM AA | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | | | | | | |

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____ Teléfono: _____
 Especialidad: _____ R.F.C.: _____ Celuar: _____
 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-GENERALI, 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 manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web www.banorte-general.com.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante