



NO. SINIESTRO \_\_\_\_\_  
 NO. TRÁMITE \_\_\_\_\_

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		DATOS FÍSICOS GENERALES		TA	PESO	TALLA	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"/> SI <input type="checkbox"/> 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  
 DÍA    MES    AÑO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO  
 DÍA    MES    AÑO

**TIPO DE PADECIMIENTO**     CONGÉNITO     ADQUIRIDO     AGUDO     CRÓNICO  
 ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?     SI     NO    ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO																	
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO																
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">DÍA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO						
FECHA DE INICIO																	
DÍA	MES	AÑO															
¿HUBO COMPLICACIONES?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES																
OBSERVACIONES																	
NOMBRE DEL HOSPITAL			TIPO DE ESTANCIA		FECHA DE INGRESO												
CIUDAD:			<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA		FECHA DE EGRESO												
					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DÍA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> <td style="width: 33%;">DÍA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO						
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO												
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 _____			E-mail _____														
TIPO DE PADECIMIENTO																	
EN CASO DE SER PADECIMIENTO ADQUIRIDO, INDIQUE LA EVOLUCIÓN		DE 1 A 30 DÍAS MÁS DE UN AÑO <input type="checkbox"/>	DE 1 A 3 MESES MÁS DE DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	¿CUÁNTOS? _____	DE 6 A 12 MESES <input type="checkbox"/>												
LA ENFERMEDAD O LESIÓN OCASIONÓ INCAPACIDAD		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>												
¿CONTINUARÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO EN EL FUTURO?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	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	DÍA	MES	AÑO												
PRESUPUESTO EQUIPO MÉDICO O QUIRÚRGICO		CIRUJANO NOMBRE	ANESTESIÓLOGO NOMBRE	AYUDANTE NOMBRE	OTRO ESPECIFIQUE												
\$		\$	\$	\$	\$												
FECHA DE ATENCIÓN DE PACIENTE		DÍA	MES	AÑO													

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