

Informe Médico

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y firmado autográficamente tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
4. Al firmar la información proporcionada por el Asegurado afectado y/o familiar, plasmada en el Informe Médico no será susceptible de cambios posteriores.

Ficha de Identificación

Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad:	Edad	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Causa de Atención:	<input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Prevención		
Referido por otro Médico o Unidad:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	

Historia Clínica –especificar tiempo de evolución–

Antecedentes Personales Patológicos –incluir fechas–

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos.
Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

- Cardíacos _____
- Hipertensivos _____
- Diabetes Mellitus _____
- VIH / SIDA _____
- Cáncer _____
- Hepáticos _____
- Convulsivos _____
- Cirugías _____
- Otros: _____
- Paciente niega antecedentes _____

Antecedentes Ginecoobstétricos

- Menarca _____ Abortos _____
- Gestas _____ DOC -fecha- _____
- Partos _____ Otros _____
- Cesárea _____ Paciente niega antecedentes _____

Antecedentes Personales No Patológicos

- ¿Fuma? -especificar la cantidad- _____
- ¿Consumo bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad- _____
- ¿Consumo o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y cantidad- _____
- ¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? -describir- _____
- Otros: _____
- Paciente niega antecedentes _____

Antecedentes Perinatales.

Padecimiento Actual

Fecha de inicio de síntomas:

día mes año

Descripción del Diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico:

día mes año

Código CIE-10

Tipo de Padecimiento

- Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?

- Si No ¿Cuál?

Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico.

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento:

día mes año

¿Hubo Complicaciones?

Descripción de las Complicaciones

Si No

Hospital

Tipo de estancia

Hospitalaria

Fecha de ingreso:

día mes año

Ciudad

Corta estancia / Ambulatoria

Urgencia

Fecha de egreso:

día mes año

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Especialidad:

R.F.C.:

Teléfonos:

Cédula Profesional:

Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor:

Correo electrónico:

Presupuesto

Detallar Interconsultantes:

Costo por Consulta: \$

Costo 1er Ayudante: \$

Costo por Cirujano: \$

Costo Interconsulta: \$

Costo por Anestesiólogo: \$

Nota:

La información asentada en este documento es proporcionada de acuerdo a la evaluación médica que he brindado al paciente conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares. "Plan Seguro, con domicilio en Periférico sur, No. 4355, Colonia Jardines en la Montaña, C.P. 14210 En México D.F., hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el Aviso de Privacidad integral podrá encontrarlo en la página web planseguro.com.mx".

Lugar y Fecha

Nombre y Firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y Firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

