

**Informe Médico**

**Instrucciones:** Este formato debe ser llenado con letra de molde y firmado por cada Médico tratante a excepción del Anestesiólogo y Ayudante, No será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenado en su totalidad. De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

<b>Motivo de atención:</b>	Pago directo <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía-Tratamiento <input type="checkbox"/>	Reembolso <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de evento:</b>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>	Es médico de Convenio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Embarazo <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Es médico de Staff SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**A. Ficha de identificación paciente.**

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre) \_\_\_\_\_  
 Edad  Sexo: F  M

**B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías).**

<b>Antecedentes Personales Patológicos</b> Cáncer <input type="checkbox"/> Cardiacos <input type="checkbox"/> Convulsivos <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hepáticos <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____ _____ Cirugías <input type="checkbox"/> _____		<b>Antecedentes Personales no Patológicos</b> <input type="checkbox"/> Fuma (Especificar Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Consume Bebidas Alcohólicas (Especificar Tipo y Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Consume o ha Consumido algún Tipo de Droga (Especificar Tipo y Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Pérdida No Intencional de Peso (Describir) _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	
---	--	---	--

**Antecedentes Gineco-Obstétricos**

Gestación (s)  Parto (s)  Cesárea (s)  Aborto (s)  FUR  Edad de Gestación

**Antecedentes Perinatales (si es necesario)**

APGAR  Silverman

**Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)**

Fecha de Inicio de los Primeros Síntomas  DD/MM/AAAA  
 Fecha de la Primera Consulta  DD/MM/AAAA  
 Fecha del Diagnostico  DD/MM/AAAA

Favor de especificar Evolución y Estado Actual del Padecimiento:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Con una evolución: 1 a 3 meses  3 a 6 meses  6 a 12 meses  Mas de 1 año

**Descripción del Diagnóstico**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tipo de Padecimiento:** Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico  Idiopático   
 Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Si  No  Cuál? \_\_\_\_\_  
 El Padecimiento ocasionó Incapacidad Si  NO  Parcial  Total

**RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Anexar Interpretación que Confirman el Diagnóstico)**

Electrocardiograma  Electroencefalograma  Tomografía  Radiografía  Resonancia Magnética   
 Sangre  Orina  Histopatología  Copro  Otros (Especifique): \_\_\_\_\_  
 Resultados: \_\_\_\_\_

Talla	Cms	Peso	Kg	T/A	mm/hg	FC	x1	FR	x1	T emp.	C

Descripción del Tratamiento			
Favor de Indicar: <input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento <input type="checkbox"/> Descripción de Tratamiento ya Realizado			
<input type="checkbox"/> Tratamiento Quirúrgico ( Favor de Especificar Procedimiento realizado, Tiempo Quirúrgico y Fecha de Realización)			DD/MM/AAAA
Descripción: _____			
<input type="checkbox"/> Tratamiento Médico (Favor de describir fecha de Inicio, Tratamiento y Dosificación)			DD/MM/AAAA
Descripción: _____			
Hubo complicación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor de Describir Complicaciones: _____			
<b>¿ El paciente necesito hospitalización?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de respuesta afirmativa favor de contestar:			
Nombre del Hospital _____		Ciudad _____	
Tipo de estancia: Urgencia <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria <input type="checkbox"/>		Fecha de Ingreso	DD/MM/AAAA
Hospitalaria <input type="checkbox"/>		Fecha de Egreso	DD/MM/AAAA
C. Datos de médico tratante			
Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____			
N° de Proveedor (Sólo si el médico tratante esta en convenio con Prevem Seguros S.A De C.V.) _____			
Especialidad _____		Cédula Profesional _____	
Cédula de Especialidad o Certificación _____		RFC _____	
Teléfono _____		Correo Electrónico _____	
Celular _____			
<b>Acepta Pago por Prevem Seguros:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. de Proveedor: _____	
<b>Mencione Nombre y especialidad de (los) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):</b>			
Anestesiólogo: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ayudante 1: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ayudante 2: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otro(s) Médico(s): _____		Acepta Pago por Prevem Seguros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
D. Firmas			
<b>Nota:</b> Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Prevem Seguros, S.A. de C.V. 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 las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.			
_____			
Firma del Médico Tratante			
Fecha DD/MM/AAA _____		Lugar _____	

FSTN-003