

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.

- Programación de cirugía  
 Pago Directo  
 Reembolso

### 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 ICD-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de diagnóstico DD MM AA
Tipo de Padecimiento: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		
Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):		

## TRATAMIENTO

<b>Código CPT-4</b>	<b>Descripción del tratamiento:</b>											
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="width: 30px;">DD</td> <td style="width: 30px;">MM</td> <td style="width: 30px;">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	<b>Descripción de complicaciones:</b>											
<b>Observaciones:</b>												
<b>Nombre del Hospital:</b>	<b>Tipo de estancia</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	<b>Fecha de ingreso</b> DD    MM    AA 	<b>Fecha de egreso</b> DD    MM    AA 									
<b>Ciudad:</b>												

## DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____		Teléfono: _____
Especialidad: _____	R.F.C.: _____	Celular: _____
Cédula profesional: _____	Cédula de especialidad o certificación: _____	
Nombre de proveedor: _____	E-mail: _____	
<b>Presupuesto:</b>		

**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, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE** 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.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 500 2500 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante