

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Muy importante: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** no quedará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la Ley y al clausulado del documento.

Very important: By providing this form o investigating the claim, **Seguros Inbursa, S.A , Grupo Financiero Inbursa** is not obliged to admit the validity of any claim or its ammount, nor to give up any rights provided by Law and the document.

INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante. / This form must be completed and signed by the treating physician.
- 2.- No dejar preguntas sin contestar. / Do not leave any questions unanswered.
- 3.- Este documento no será válido si presenta tachaduras y enmendaduras. / This document will not be valid if modified in any way.
- 4.- Llenar cuidadosamente debido a que de lo declarado no se aceptan cambios posteriores. / Fill carefully, since changes to the declarations will not be accepted.

Programación de cirugía / Scheduled surgery Tratamiento médico / Medical treatment Reembolso / Refund

1. Datos de identificación / ID data

Nombre del paciente (nombre y apellidos) / Patients name (first and last) **Edad / Age**

Género /Gender Femenino Masculino **Causa de atención / Cause of attention** Accidente / Accident Embarazo / Pregnancy Enfermedad / Illness **¿Referido por otro médico o unidad? / Referred by another physician or unit?** Sí / Yes No / No

¿Quién o cuál? / Who or which?

2. Historia clínica / Clinical history

Antecedentes patológicos personales / Personal illness history

Antecedentes no patológicos personales / Personal history

Antecedentes gineco-obstétricos personales / Gyneco-obsteric personal history

Antecedentes perinatales personales / Perinatal personal history

3. Padecimiento actual / Current condition

Síntomas / Symptoms

Fecha de inicio (dd/mm/aa) / Start date (dd/mm/yy)

Diagnóstico / Diagnosis

Fecha de diagnóstico(dd/mm/aa) / Diagnóstico date (dd/mm/yy) **Código CIE-10 / CIE-10 Code**

Tipo de padecimiento / Illness type Congénito / Connate Agudo / Accute Adquirido / Aquired Crónico / Cronical **¿Está relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? / Is it related to another illness or accident?** Sí / Yes No / No

¿Cuál? / Which?

F-347-7 MAYO 2021

**Resultados de la exploración física y estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico) /
Physical exploration and analysis results (attached the interpretations that confirm the diagnosis)**

--

4. Tratamiento / Treatment

Descripción del tratamiento / Treatment description

--

Fecha de inicio (dd/mm/aa) / Start date (dd/mm/yy) **Código CPT-4 / CPT-4 Code**

¿Hubo complicaciones? / Where there any complications? Sí / Yes
 No / No

Descripción de las complicaciones / Complication description

--

Comentarios adicionales / Additional comments

--

Nombre del hospital / Hospital name

Ciudad / City

Fecha de ingreso (dd/mm/aa) / Admission date (dd/mm/yy)

Tipo de estancia / Stay type

- Urgencia / Emergency
 Hospitalaria / Hospital
 Corta o ambulatoria / Short or ambulatory

Fecha de egreso (dd/mm/aa) / Discharge date (dd/mm/yy)

5. Datos del médico tratante / Treating physician data

Nombre (nombre y apellidos) / Name (first and last)

Cédula profesional / Professional licence number

RFC / FIN (fiscal id number)

Teléfono fijo / phone

Celular / Cell phone

Especialidad / Specialty

Cédula especialidad / Specialty licence number

Número de proveedor / Supplier ID number

Correo electrónico / e-mail

Presupuesto / Medical fees

--

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he realizado al paciente, conforme a los estudios médicos que se le han realizado, y por las referencias y antecedentes médicos proporcionados del propio paciente o sus familiares.

The information in this document is provided according to the medical evaluation and analysis performed on the patient, as well as the references and medical history provided by patient or his relatives.

Ciudad / City

Fecha (dd/mm/aa) / Date (dd/mm/yy)

Médico tratante / Treating physician
(nombre y firma /name and signature)

Titular / Policy holder
(nombre y firma /name and signature)

Paciente / Patient
(nombre y firma /name and signature)