

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR 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 DE LA PÓLIZA.

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

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"/> 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

	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td colspan="3">FECHA DE INICIO</td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO										
DÍA	MES	AÑO								

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO									
	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td colspan="3">FECHA DIAGNÓSTICO</td></tr> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	FECHA DIAGNÓSTICO			DÍA	MES	AÑO			
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)

F-347-3

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO									
	<table border="1"><thead><tr><th colspan="3">FECHA DE INICIO</th></tr><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></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 <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO							
CIUDAD:										
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									
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-mail									
PRESUPUESTO										
<p>NOTA: 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 DE SUS FAMILIARES.</p>										
_____		_____								
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE								