

Programación de Cirugía

 Tratamiento Médico

 Reembolso

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Ya que son necesarios para la continuidad del tramite.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|--|-------------|-------|--|
| Apellido paterno, materno y nombre del paciente: | No. Póliza: | Edad: | Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M |
|--|-------------|-------|--|

INFORMACIÓN MÉDICA

| | |
|--|--|
| Causa de atención: <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-obstetricos | Antecedentes perinatales (si es necesario) |
| | |

PADECIMIENTO ACTUAL

| | |
|---|------------------------------------|
| Principales signos y síntomas. | Fecha de inicio Día Mes Año |
| | |
| Describir diagnóstico, indicando si es unilateral, bilateral y zona afectada. | Fecha de inicio Día Mes Año |
| | |

DIAGNÓSTICO FINAL

| | | |
|---------------------------------------|---------------|---|
| Especificar evolución del diagnóstico | Código CIE-10 | Fecha de diagnóstico Día Mes Año |
| | | |

Tipo de padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?: Sí No ¿Cuál?

En caso de accidente, detalle cómo y dónde ocurrió

Resultado de exploración y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico)

Peso: _____ Talla: _____ T/A: _____

TRATAMIENTO REALIZADO

Descripción del tratamiento (médico y/o quirúrgico) Código CPT-4: _____

¿Hubo complicaciones? Descripción de complicaciones
 Sí No

TRATAMIENTO A PROGRAMAR

Descripción del tratamiento a realizar (médico y/o quirúrgico)

Tipo de estancia: Urgencia Hospitalaria Corta estancia/ambulatoria

Nombre del hospital: _____

Ciudad: _____ Fecha de ingreso:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

 Fecha de egreso:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

¿Su cirugía requiere de algún tipo de material extra (osteosíntesis, injertos, válvulas, implantes, tornillos, prótesis, etc.). Sí No

Indique la descripción y nombre del proveedor (obligado anexar cotización): _____

OTROS TRATAMIENTOS

Describa el tratamiento: _____

Si su tratamiento fue o es terapia inmunológica, biológica, etc., justifique tratamiento: _____

Número de sesiones: _____ Días: _____

Sesiones de quimioterapia (es necesario anexar la cotización, receta con medicamentos y dosis):

Quimioterapia: _____

No. de sesiones: _____ Periodicidad: _____ Fechas de aplicación: _____

Sesiones de rehabilitación física:

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Requiere servicio de enfermería?:

Días requeridos: Horas por día: Matutino Vespertino Nocturno 24 Horas

Especifique el motivo de la solicitud:

DATOS GENERALES DEL MÉDICO (OBLIGATORIOS)

Apellido paterno, materno y nombre del médico _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Teléfono _____

Cédula Profesional _____ Correo electrónico _____ No.Celular _____

Cédula de especialidad o Certificación _____

DATOS DEL MÉDICO

| Nombre del médico | Monto | Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad |
|-----------------------|-------|--------------|--------------------|------------------------|
| Médico o especialista | \$ | | | |
| Médico cirujano | \$ | | | |
| Médico anestesista | \$ | | | |
| 1er. ayudante | \$ | | | |
| 2do. ayudante | \$ | | | |
| Interconsultas | \$ | | | |

Especialistas _____

¿Pertenece a la Red MAPFRE? Sí No

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado bajo mi responsabilidad y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en la Carta de Obligaciones en Materia de Datos Personales, así como Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

MAPFRE México, S.A., hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada.

Consulte el aviso íntegro en www.mapfre.com.mx

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) o en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

CARTA DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE DATOS PERSONALES

PRESENTE.

Por este medio, nos referimos a las obligaciones derivadas de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Reglamento y regulación secundaria emitida sobre la misma ("LA LEY"), en especial las relativas a la obtención y autorización al tratamiento de los datos personales, de cuyos titulares forman parte de una cartera de clientes o empleados actuales o bien prospectos o en proceso o que han dejado de serlo ("TITULARES") y que en conjunto conforman una Base de Datos ("LA BASE"), los cuales fueron recabados y captados de manera inicial por una de las personas y/o entidades que forman parte de la relación jurídica o contractual vigente ("LA CAPTADORA") y que en términos de la citada Ley reviste el carácter de "RESPONSABLE".

Sobre el particular se manifiesta que, en virtud de la relación jurídica o contractual vigente, aquella entidad que actuando como LA CAPTADORA y como la "RESPONSABLE" inicial de tratamiento de datos, en este caso MAPFRE, está obligada a poner a disposición de sus TITULARES su Aviso de Privacidad, a efectos de que LA BASE pueda ser compartida con la entidad receptora de los datos ("LA RECEPTORA").

Igualmente MAPFRE actuando en su calidad de LA CAPTADORA y "RESPONSABLE", de acuerdo a la solicitud que sea presentada por los "TITULARES" que en ejercicio de sus Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición ("Derechos Arco") le presenten o bien por virtud de requerimientos que sobre los mismos le notifiquen a las autoridades competentes, está obligada a dar las respuestas en términos de la normatividad vigente de la materia.

Para efectos del presente comunicado, se adjunta el Aviso de Privacidad de MAPFRE México, S.A., el cual ha sido puesto a disposición de los TITULARES en su calidad de "LA CAPTADORA", bajo el cual se verifica el tratamiento de sus datos.

Por último le informamos que actuando como LA RECEPTORA y exclusivamente en su calidad de "ENCARGADO", conforme a LA LEY tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Tratar únicamente los datos personales conforme a las instrucciones de MAPFRE;
- II. Abstenerse de tratar los datos personales para finalidades distintas a las instruidas por MAPFRE;
- III. Implementar las medidas de seguridad conforme a LA LEY;
- IV. Guardar confidencialidad respecto de los datos personales tratados;
- V. Suprimir los datos personales objeto de tratamiento una vez cumplida la relación jurídica con MAPFRE o por instrucciones de la misma, siempre y cuando no exista una previsión legal que exija la conservación de los datos personales, y
- VI. Abstenerse de transferir los datos personales salvo en el caso de que MAPFRE así lo determine, la comunicación derive de una subcontratación o cuando así lo requiera la autoridad competente.

ATENTAMENTE

MAPFRE México, S.A.