

INFORME MÉDICO
Tipo de Informe
Programación de cirugía o tratamiento médico Reembolso
Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Edad

Sexo M F

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

No. de Póliza

Ocupación

Tipo de Reclamación
Accidentes Personales Escolar Accidente Personal Referido por otro médico o unidad Sí No

¿Cuál?

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio

Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes perinatales

Antecedentes Patológicos Traumáticos
Rodilla Tobillo Columna Fracturas

Otros (especificar):

Diagnósticos, tratamiento y fechas:

Padecimiento Actual

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de primera consulta (dd/mm/aaaa)	Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)
Principales signos y síntomas		
No. de consultas auxiliares subsecuentes.		Fecha primeros estudios (dd/mm/aaaa)
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	
Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:		
Fecha de IQ (dd/mm/aaaa)		

Diagnóstico Postoperatorio

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el Diagnóstico? (anexar estudios y resultados):

Evolución del padecimiento

1-30 Días 1-3 Meses 3-6 Meses 1-2 Años Más de 2 años

Tipo de padecimiento

Congénito Agudo Crónico Adquirido

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

¿Cuál? _____

Resultado de la exploración física y de los estudios (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla _____ cm Peso _____ kg T/A _____ mm/Hg FC: _____ x' FR: _____ x' T _____ C

Tratamiento

Código CPT4	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)
-------------	------------------------------

Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45, piso 1, Col. Reforma Social, CP 11650, Delegación Miguel Hidalgo,
Tel. 52846200 y 01 800 830 3676.

Médicos que participaron

Duración del tratamiento

¿Hubo complicaciones? Sí No

Descripción de las complicaciones:

En caso de pérdidas orgánicas, especificar:

Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora? Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio: _____

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Multiva S. A., Grupo Financiero Multiva y al Asegurado Sí No

Si la respuesta fue negativa, favor de indicar presupuesto:

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Otros médicos
\$	\$	\$	\$
Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aaaa)		Hospital en que se realizará	

En caso de Indemnización Diaria, indique fecha de inicio y terminación de Incapacidad y días de Incapacidad:

Inicio (dd/mm/aaaa)	Terminación (dd/mm/aaaa)	Días

¿Existe algún antecedente Personal Patológico importante relacionado con el padecimiento reclamado? Sí No

En caso afirmativo, favor de detallar:

¿Toma o tomó algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, favor de detallarlo:

Nombre y parentesco (en caso de que no sea el asegurado) de quien obtuvo la información

Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45, piso 1, Col. Reforma Social, CP 11650, Delegación Miguel Hidalgo,
Tel. 52846200 y 01 800 830 3676.

Interconsultas, número y fechas (dd/mm/aaaa)

Observaciones

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

En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital

Ciudad y Estado

Tipo de estanciaUrgencia Hospitalaria Corta Estancia / Ambulatoria

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa)

Fecha de egreso (dd/mm/aaaa)

Fecha de intervención (dd/mm/aaaa)

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Especialidad

Teléfono

Teléfono celular / radio

Cédula Profesional

R. F. C.

Cédula de Especialidad / Certificación

Número Proveedor (en caso de pertenecer a red Multiva)

Correo electrónico

En caso de muerte, favor de indicar:

Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte

Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte

Otros estados patológicos anteriores relacionados con la Enfermedad o causa principal

Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la Enfermedad o causa principal

Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero MultivaCerrada de Tecamachalco No. 45, piso 1, Col. Reforma Social, CP 11650, Delegación Miguel Hidalgo,
Tel. 52846200 y 01 800 830 3676.

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi correo electrónico.

Lugar y Fecha (dd/mm/aaaa)

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 o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva hacia con el Asegurado.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA con domicilio en Cerrada de Tecamachalco No. 45, Colonia Reforma Social, C.P. 11650, México D. F, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.multiva.com.mx, ubicándose en la sección de “Seguros Multiva”, dentro del apartado, “Su Información personal está segura con Multiva”.

Nombre y Firma del Médico Tratante

Seguros Multiva S.A., Grupo Financiero Multiva

Cerrada de Tecamachalco No. 45, piso 1, Col. Reforma Social, CP 11650, Delegación Miguel Hidalgo,
Tel. 52846200 y 01 800 830 3676.