

# Informe Médico



1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Lugar	Fecha	DD / MM / AAAA					
<b>Datos del Asegurado Afectado (Paciente)</b>							
Nombre	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S)	Edad					
Género	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	País de nacimiento				
<b>Tipo de Atención</b>							
Accidente	Enfermedad	Embarazo:	Parto	Cesárea			
<b>Información clínica</b>							
(Describa patologías, y/o realización de cirugía, y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)							
<b>APP - Antecedentes Personales Patológicos</b>							
Cáncer	DD / MM / AAAA	Diabetes Mellitus	DD / MM / AAAA	Hepáticos	DD / MM / AAAA	Obesidad	DD / MM / AAAA
Cardíacos	DD / MM / AAAA	Hipertensivos	DD / MM / AAAA	Neurológicos	DD / MM / AAAA	VIH/SIDA	DD / MM / AAAA
Otro		Congénitos		Especifique enfermedad			
Mencione cirugías realizadas							
Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)							
<b>APPN - Antecedentes Personales No Patológicos</b>							
¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas?		¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas?					
ESPECIFICAR TIPO Y CANTIDAD		ESPECIFICAR TIPO Y CANTIDAD					
EN CASO DE QUE APLIQUE, SEÑALAR							
<b>AGO - Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>							
FUR	Parto (s)	Cesárea (s)	Aborto (s)	Otro (s)	ESPECIFICAR		
¿Utiliza algún método anticonceptivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál?					
<b>AP - Atención Perinatales</b>							
<b>Padecimiento actual</b>							
Fecha de primeros síntomas del padecimiento	DD / MM / AAAA	FAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO					
Fecha de primera consulta por este padecimiento	DD / MM / AAAA	FAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO					
Fecha de diagnóstico del padecimiento	DD / MM / AAAA	FAVOR DE ESPECIFICAR EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PADECIMIENTO					
<b>Diagnóstico (s)</b>		<b>Causa</b>					
		CAUSA. ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO					
<b>Tipo de padecimiento</b>							
Congénito	Adquirido	Crónico	Agudo	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO			
¿Tiene relación con otro padecimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿CUÁL?					
¿El origen del padecimiento es primario? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ESPECIFIQUE					
¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	Desde	DD / MM / AAAA	Hasta	DD / MM / AAAA	
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO					
Favor de especificar el tipo de tratamiento							

### EF - Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados

Talla  CM.  Peso  KG. T/A  MM/HG.

Señale los datos relevantes de la exploración física

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imageneología u otros que sustenten el diagnóstico

### Tratamiento

Descripción del tratamiento

En caso de tratamiento médico, favor de indicar fecha de inicio  DD / MM / AAAA

En caso de tratamiento quirúrgico, favor de especificar procedimiento

En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha  DD / MM / AAAA

¿Hubo complicaciones? Sí  No  FAVOR DE DESCRIBIR COMPLICACIONES

Sitio de Atención  NOMBRE DEL HOSPITAL, CLÍNICA, ETC

Ciudad

Tipo de estancia Urgencia  Hospitalización  Corta estancia / Ambulatorio  Fecha de ingreso  DD / MM / AAAA

### Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico  APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S) ASEGURADO AFECTADO (PACIENTE)

RFC  Especialidad  Cédula Profesional

Cédula de la Especialidad / Certificación  E-mail

Teléfono(s) para contacto  FAVOR DE INCLUIR LADA Teléfono celular

¿Es Médico de convenio de la Aseguradora? Sí  No

En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre (s) y especialidad del (los) Médico (s) que participa (n) y en caso de no ser Médico de convenio, indicar su presupuesto en honorarios

Cirujano	<input type="text"/>	<input type="text"/> PRESUPUESTO
Anestesiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/> PRESUPUESTO
Primer Ayudante	<input type="text"/>	<input type="text"/> PRESUPUESTO
Segundo Ayudante	<input type="text"/>	<input type="text"/> PRESUPUESTO
Otro(s) Médico(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/> PRESUPUESTO

En caso de no ser médico de convenio ¿Acepta tabulador? Sí  No

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Médico Tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de todas Responsabilidades a "LA ASEGURADORA". El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos que no sean conforme a lo indicado en las condiciones generales y/o especiales de la póliza. Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

Nombre y Firma del Médico Tratante