

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

	FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
	FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">DÍA</td> <td style="width:33%; text-align:center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align:center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"> </td> <td style="text-align:center;"> </td> <td style="text-align:center;"> </td> </tr> </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															

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE A QUE SE REFIERE ESTE INFORME, POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS A LOS CUALES HAYA ACUDIDO DICHO PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PROPORCIONEN A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE SU(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES).

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE