

INFORME MÉDICO

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.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.



Programación de cirugía ☐		Tratamiento médico ☐		Reembolso ☐	
Ficha de identificación					
Apellido paterno, materno y nombre del paciente		No. de póliza	No. de Certificado	Edad _____	Sexo ☐ M ☐ F
Causas de atención		Referido por otro médico o unidad			
Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐		☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____			
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)					
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos			
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)			
Padecimiento actual					
Signos y síntomas					
Fecha de inicio					
Día Mes Año					
Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐					
Con una evolución de: 1-30 días ☐ 1-6 meses ☐ Más de 1 año ☐ Más de 2 años ☐					
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? ☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____					
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)					
Talla					
Peso					
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico				
Fecha de diagnóstico					
Día Mes Año					

Tratamiento			
Código CPT-4	Descripción del tratamiento		
Fecha de inicio			
Día Mes Año			
¿Hubo complicaciones? No ☐ Si ☐	Descripción de complicaciones:		
Observaciones			
Nombre del hospital	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Ciudad	☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año
Datos generales del médico tratante			
Apellido paterno, materno y nombre del médico _____ Teléfono _____			
Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____			
Cédula profesional _____ No. cédula especialidad o certificación _____			
No. Proveedor _____ E-Mail _____			
Banco _____ Clabe interbancaria para pago			
Datos de médicos interconsultantes o participantes en la intervención			
Médico 1 - Tipo de participación			
Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____			
Apellido paterno, materno y nombre (s)		Especialidad	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____
Médico 2 - Tipo de participación			
Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____			
Apellido paterno, materno y nombre (s)		Especialidad	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____

Médico 3 - Tipo de participación			
Interconsultante ☐	Cirujano ☐	Anestesiólogo ☐	Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____
Apellido paterno, materno y nombre (s)		Especialidad	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____
Presupuesto			

El médico cirujano podrá realizar el cobro de los honorarios de los integrantes de su equipo de trabajo participante; para lo cual, reconoce haber cumplido con la obligación de informarles sobre el cobro, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como en caso de recabar datos personales de otros titulares, haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con lo estipulado en las políticas y los porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto puede invalidar toda responsabilidad de la aseguradora con el asegurado.

NOTA: Como médico tratante 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 puede invalidar toda responsabilidad de la aseguradora con el asegurado.

¿Al firmar el presente documento usted reconoce y acepta los términos y condiciones contenidos en la presente liga [https://www.segurossura.com.mx/wp-content/uploads/2023/04/Acuerdos\[1\]terminos-y-condiciones-proveedores.pdf](https://www.segurossura.com.mx/wp-content/uploads/2023/04/Acuerdos[1]terminos-y-condiciones-proveedores.pdf)

Lugar y fecha

Firma del médico tratante