

# Informe Médico

Tipo de informe:  Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico  Reembolso

## Instrucciones

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 o cambio de color de tinta.
5. Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

## Ficha de Identificación

**Nombre del Paciente:** Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil \_\_\_\_\_

Causa de Atención:  Prevención  Embarazo  Enfermedad  Accidente

Referido por otro médico o unidad:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Historia Clínica

(Describa patologías y/o realización de cirugía y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

**Antecedentes Heredo-Familiares:** \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales Patológicos (Fecha de Inicio):

Cáncer	DD	MM	AAAA	Cardíacos	DD	MM	AAAA	Otro	DD	MM	AAAA
Obesidad	DD	MM	AAAA	VIH/SIDA	DD	MM	AAAA	Especifique	_____		
Neurológicas	DD	MM	AAAA	Hepáticos	DD	MM	AAAA	_____			
Diabetes Mellitus	DD	MM	AAAA	Hipertensivos	DD	MM	AAAA	_____			

Mencione cirugías realizadas \_\_\_\_\_

Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica) \_\_\_\_\_

### Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_

¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_

**Antecedentes Gineco-Obstétricos:** FUM \_\_\_\_\_ No. de Embarazo(s): \_\_\_\_\_ Parto(s): \_\_\_\_\_

Cesárea(s): \_\_\_\_\_ Aborto(s): \_\_\_\_\_

**Antecedentes Perinatales:** \_\_\_\_\_ Otro (s): \_\_\_\_\_

## Padecimiento Actual

Fecha de primeros síntomas del padecimiento	DD	MM	AAAA	<b>Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:</b> _____
Fecha de primera consulta por este padecimiento	DD	MM	AAAA	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento	DD	MM	AAAA	
DIAGNÓSTICO(S)	CAUSA/ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO			

Tipo de padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente:  Si  No

¿Cuál? .....

¿El origen del padecimiento es primario?  Si  No ¿Cuál? .....

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad?  Si  No  Parcial  Total

Desde    Hasta

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Si  No Favor de especificar el tipo de tratamiento .....

**Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados** Talla: ..... Mts. Peso: ..... Kg. T/A: ..... mm/Hg.

Señale los datos relevantes de la exploración física: .....

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

### Tratamiento

Descripción del tratamiento: .....

En caso de Tratamiento Médico, **favor de indicar fecha de inicio**

En caso de Tratamiento Quirúrgico, **favor de especificar procedimiento**

¿Hubo complicaciones?  Si  No Descripción de las complicaciones .....

### En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital: ..... Ciudad: .....

Tipo de estancia:  Urgencia  Hospitalaria  Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de ingreso    Fecha de egreso

### Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico ..... Dr. Test .....

Especialidad: ..... Medicina Interna ..... Teléfono ..... 55123-45678 .....

Teléfono Celular ..... 04455-12345678 ..... Radio Localizador .....

Cédula Profesional ..... XXXXXXXX ..... R.F.C. .... XXXXXXXX .....

E-mail ..... email@doctor.com .....

**Programación de Cirugía**Tiene convenio con la aseguradora:  Sí  NoEn caso de haber contestado NO a la respuesta anterior: Acepto los tabuladores en el entendido que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente.  Sí  No

En caso de no aceptar tabulador de la aseguradora especificar presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico.

Cirujano \$  Ayudante \$  Anestesista \$ 

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa) .....

Hospital dónde se practicará la cirugía .....

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México 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 puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado. 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, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de Allianz México con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, relevo de toda Responsabilidad a Allianz México. El llenado de este formato no obliga a Allianz México, a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a de Allianz México, de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

---

Lugar y Fecha

---

Firma del Médico Tratante

Dr. Test