

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
----	----	------

 Fecha de primera consulta por este padecimiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

 Fecha de diagnóstico de este padecimiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

DIAGNÓSTICO(S)

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

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 CirugíaTiene 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, releva 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