

BBVA Seguros Salud México S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México

a quien en lo sucesivo se le denominará "LA ASEGURADORA"

Indicaciones. Este informe médico debe ser llenado por cada médico tratante.

1. El informe debe ser llenado en su totalidad, con información completa y detallada, éste puede ser llenado con letra de molde o en computadora, sin embargo debe tener la firma del médico tratante.
2. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. Al firmar la información proporcionada por el Asegurado afectado y/o familiar, plasmada en el Informe Médico no será susceptible de cambios posteriores.
4. El informe médico tiene una vigencia de 6 meses a partir de la firma del médico tratante.

Datos del paciente

Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad:	Edad	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Causa de Atención: <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Embarazo
Referido por otro Médico o Unidad:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	

Historia Clínica -especificar tiempo de evolución-**Antecedentes Personales Patológicos -incluir fechas-**

Describa Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos.
Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

- Cardiacos Hipertensivos Diabetes Mellitus Cáncer
 Enf. Infectocontagiosas Hepáticos Neurológicos Cirugías
 Otros Paciente niega antecedentes

Especifica tiempo de evolución**Antecedentes Ginecoobstétricos**

- Menarca (fecha) Cesárea (Cantidad)
 FUM (fecha de última menstruación) Abortos (Cantidad)
 Otros _____ Embarazos (Cantidad)
 Paciente niega antecedentes Partos (Cantidad)

Antecedentes Perinatales.**Antecedentes Personales No Patológicos**

- ¿Consumo bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad-

- ¿Consumo o ha consumido algún tipo de Drogas? -especificar tipo y cantidad-

- Otros:
- ¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? -Describir qué tipo de dieta, medicamento, cirugía y fecha.-

- Paciente niega antecedentes

Descripción de la evolución del padecimiento actual y síntomas.Fecha de inicio de síntomas: día mes año

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico.

Descripción del Diagnóstico definitivo

Fecha de diagnóstico:

día

mes

año

Diagnóstico: Inicial Subsecuente

Etiología

Tipo de Padecimiento

 Congénito Adquirido Agudo Crónico Tiempo de evolución¿Tiene relación con otro padecimiento? Si No

Fecha de inicio de padecimiento

¿Cuál?

¿El padecimiento ocasionó discapacidad? Si No Parcial Total

Desde día mes año Hasta día mes año

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Si No

Favor de especificar

Tratamiento

Favor de indicar

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tratamiento quirúrgico (favor de especificar el procedimiento) | <input type="radio"/> Programación de tratamiento |
| <input type="radio"/> Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio) | <input type="radio"/> Descripción de tratamiento ya realizado |

Descripción

¿Hubo Complicaciones?

 Si No

Especificar

Hospital

Tipo de estancia

 Hospitalaria

Fecha de ingreso:

día

mes

año

Estado / Ciudad

 Corta
estancia
/ Ambulatoria Urgencia

Fecha de egreso:

día

mes

año

Datos del médico tratante (el llenado de todos los campos son obligatorios).

En caso de ser Interconsultante

 Tratante Interconsultante Motivo

Nombre

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Especialidad

Cédula Profesional

Cédula de Especialidad o Certificación

RFC

Teléfono

Correo electrónico

Celular

Acepto tabulador y autorizo pago directo por BBVA Si No

Favor de indicar su presupuesto, independientemente si se acepta o no el tabulador.

Honorarios por procedimiento _____ Honorarios por consulta _____ Número de visitas hospitalarias _____

En caso de ser médico de red, no es necesario responder el siguiente registro.

Al aceptar el pago directo por BBVA Seguros Salud me comprometo a realizar mi registro en un plazo no mayor a 30 días después de la intervención. **Liga de registro:** <https://forms.gle/AS9tVrX8pg9rxURP8>

O bien, escanea el **código QR**

En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s), celular de contacto y especialidad del(os) médico(s) que participa(n). Así mismo indicar si la facturación será global o individual.

 Global Individual

Anestesiólogo _____

Celular _____

Ayudante 1 _____

Celular _____

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que ha 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", 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 toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes, a admitir la validez en la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza..

BBVA Seguros Salud México S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba tus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar tu identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicitas o contratas con nosotros. Podrás consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras sucursales y en www.bbva.mx

Otorgo mi consentimiento a BBVA Seguros Salud México S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México, para que se traten mis datos financieros y sensibles, conforme al Aviso de privacidad.

Nombre y firma del Médico Tratante

Lugar y fecha