

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:	<input type="text" value="Nombre (s)"/>	<input type="text" value="Apellido Paterno"/>	<input type="text" value="Apellido Materno"/>
Edad:	<input type="text" value="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?	<input type="text"/>

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

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

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

Especifica tiempo de evolución

Antecedentes Ginecoobstétricos

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Menarca (fecha) _____ | <input type="radio"/> Cesárea (Cantidad) _____ |
| <input type="radio"/> FUM (fecha de última menstruación) _____ | <input type="radio"/> Abortos (Cantidad) _____ |
| <input type="radio"/> Otros _____ | <input type="radio"/> Embarazos (Cantidad) _____ |
| <input type="radio"/> Paciente niega antecedentes | <input type="radio"/> Partos (Cantidad) _____ |

Antecedentes Perinatales.**Antecedentes Personales No Patológicos**

- ☐ ¿Consume bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad-

☐ ¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -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:

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

- ☐ Tratamiento quirúrgico (favor de especificar el procedimiento) ☐ Programación de tratamiento
- ☐ Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio) ☐ Descripción de tratamiento ya realizado

Descripción

¿Hubo Complicaciones?

☐ Si ☐ No

Especificar

Hospital

Estado / Ciudad

Tipo de estancia ☐ Hospitalaria☐ Corta estancia / Ambulatoria ☐ Urgencia

Fecha de ingreso:

día

mes

año

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(los) 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