

Informe Médico

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
4. La información plasmada en este informe médico, no será suceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

Ficha de identificación

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 <input type="radio"/> Prevención		
Referido por otro Médico o Unidad:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál?	

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
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Cáncer
- ☐ Hepáticos
- ☐ Convulsivos
- ☐ Cirugías
- ☐ Otros:
- ☐ Paciente niega antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

- ☐ ¿Fuma? -especificar la cantidad-
- ☐ ¿Consume bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad-
- ☐ ¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y cantidad-
- ☐ ¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? -describir-
- ☐ Otros:
- ☐ Paciente niega antecedentes

Antecedentes Ginecoobstétricos

- ☐ Menarca
- ☐ Gestas
- ☐ Partos
- ☐ Cesárea
- ☐ Abortos
- ☐ DOC -fecha-
- ☐ Otros
- ☐ Paciente niega antecedentes

Antecedentes Perinatales.

Padecimiento actual

Fecha de inicio de síntomas:

DD/MM/AAAA

Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico:

DD/MM/AAAA

Código CIE-10

Tipo de Padecimiento

- ☐ Congénito
- ☐ Adquirido
- ☐ Agudo
- ☐ Crónico

¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?

- ☐ Sí ☐ No

¿Cuál?

Tratamiento

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

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento:

DD/MM/AAAA

Requerimientos específicos

Enfermera: ☐ Sí ☐ No ☐ Oxígeno: ☐ Sí ☐ No ☐ Terapia física: ☐ Sí ☐ No ☐ Ambulancia: ☐ Sí ☐ No ☐ Material ortopédico: ☐ Sí ☐ No ☐

¿Hubo Complicaciones?

Descripción de las Complicaciones

☐ Sí ☐ No

Hospital

Tipo de estancia

☐ Hospitalaria

Fecha de ingreso:

DD/MM/AAAA

Ciudad

☐ Corta estancia / Ambulatoria

☐ Urgencia

Fecha de egreso:

DD/MM/AAAA

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Especialidad:

RFC:

Teléfonos:

Cédula Profesional:

Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor:

Correo electrónico:

Presupuesto

Detallar Interconsultantes:

Costo por Consulta

Monto

Monto

Nombre del Cirujano:

Nombre del Ayudante:

Nombre del Anestesiólogo:

Médicos Interconsultantes:

Nota:

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Lugar y Fecha

Nombre y Firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y Firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy