



Código de Barras

Informe Médico

Instrucciones: Este formato debe ser llenado con letra de molde y firmado por cada Médico tratante a excepción del Anestesiólogo y Ayudante, No será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenado en su totalidad. De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de atención:	Pago directo ☐	Programación de cirugía-Tratamiento ☐	Reembolso ☐
Tipo de evento:	Enfermedad ☐	Accidente ☐	Es médico de Convenio SI ☐ NO ☐
	Embarazo ☐	Emergencia ☐	Es médico de Staff SI ☐ NO ☐

A. Ficha de identificación paciente.

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____

Edad _____

Sexo: F ☐ M ☐

B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías).

Antecedentes Personales Patológicos Cáncer ☐ Cardiacos ☐ Convulsivos ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hepáticos ☐ VIH / SIDA ☐ Otros ☐ Especificar: _____ _____ Cirugías ☐ _____		Antecedentes Personales no Patológicos ☐ Fuma (Especificar Cantidad) _____ ☐ Consume Bebidas Alcohólicas (Especificar Tipo y Cantidad) _____ ☐ Consume o ha Consumido algún Tipo de Droga (Especificar Tipo y Cantidad) _____ ☐ Pérdida No Intencional de Peso (Describir) _____ ☐ Otros _____
---	--	---

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestación (s) _____ Parto (s) _____ Cesárea (s) _____ Aborto (s) _____ FUR _____ Edad de Gestación _____

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

APGAR _____ Silverman _____

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Fecha de Inicio de los Primeros Síntomas _____
 Fecha de la Primera Consulta _____
 Fecha del Diagnóstico _____

DD/MM/AAAA
 DD/MM/AAAA
 DD/MM/AAAA

Favor de especificar Evolución y Estado Actual del Padecimiento:

Con una evolución: 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ Mas de 1 año ☐

Descripción del Diagnóstico

Tipo de Padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐ Idiopático ☐

Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

El Padecimiento ocasionó Incapacidad Si ☐ NO ☐ Parcial ☐ Total ☐

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Anexar Interpretación que Confirman el Diagnóstico)

Electrocardiograma ☐ Electroencefalograma ☐ Tomografía ☐ Radiografía ☐ Resonancia Magnética ☐
 Sangre ☐ Orina ☐ Histopatología ☐ Copro ☐ Otros (Especifique): _____
 Resultados: _____

Talla	Cms	Peso	Kg	T/A	mm/hg	FC	x1	FR	x1	T emp.	C



Descripción del Tratamiento			
Favor de Indicar: ☐ Programación de Tratamiento ☐ Descripción de Tratamiento ya Realizado ☐ Tratamiento Quirúrgico (Favor de Especificar Procedimiento realizado, Tiempo Quirúrgico y Fecha de Realización) DD/MM/AAAA			
Descripción: _____ 			
☐ Tratamiento Médico (Favor de describir fecha de Inicio, Tratamiento y Dosificación) DD/MM/AAAA			
Descripción: _____ 			
Hubo complicación? SI ☐ NO ☐ Favor de Describir Complicaciones: _____ 			
¿ El paciente necesito hospitalización? SI ☐ NO ☐ En caso de respuesta afirmativa favor de contestar:			
Nombre del Hospital _____		Ciudad _____	
Tipo de estancia: Urgencia ☐ Corta Estancia / Ambulatoria ☐		Fecha de Ingreso DD/MM/AAAA	
Hospitalaria ☐		Fecha de Egreso DD/MM/AAAA	
C. Datos de médico tratante			
Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____			
N° de Proveedor (Sólo si el médico tratante esta en convenio con Prevem Seguros S.A De C.V.) _____			
Especialidad _____		Cédula Profesional _____	
Cédula de Especialidad o Certificación _____		RFC _____	
Teléfono _____		Correo Electrónico _____	
Celular _____			
Acepta Pago por Prevem Seguros: SI ☐ NO ☐		No. de Proveedor: _____	
Mencione Nombre y especialidad de (los) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):			
Anestesiólogo: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI ☐ NO ☐	
Ayudante 1: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI ☐ NO ☐	
Ayudante 2: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI ☐ NO ☐	
Otro(s) Médico(s): _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI ☐ NO ☐	
D. Firmas			
Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Prevem Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.			
_____ Firma del Médico Tratante Fecha DD/MM/AAA Lugar _____			