

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SALUD INBURSA, S.A.** NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR VALIDEZ DE NINGUNA RECLAMACIÓN NI EL MONTO DE ELLA, NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____		

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DE INICIO		
DÍA	MES	AÑO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO		
DÍA	MES	AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? SI NO ¿CUÁL? _____

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO												
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO												
DÍA	MES	AÑO										
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES											
OBSERVACIONES												
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO									
CIUDAD:												
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE												
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO:										
ESPECIALIDAD	R.F.C.	CELULAR:										
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN											
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-mail											
PRESUPUESTO												

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE A QUE SE REFIERE ESTE INFORME, POR ESTE CONDUCTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS A LOS CUALES HAYA ACUDIDO DICHO PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, PROPORCIONEN A SALUD INBURSA, S.A., TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE SU(S) PADECIMIENTO(S) ANTERIOR(ES) Y/O ACTUAL(ES).

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE