

**MAPFRE****TEPEYAC
MÉXICO****INFORME MEDICO**

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
 Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
 Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

 PROGRAMACION DE CIRUGIA TRATAMIENTO MEDICO REEMBOLSO**INSTRUCCIONES:**

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE

2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

3.- ESTE DOCUMENTO NO SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACION

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

No. POLIZA

EDAD

SEXO

 F M

CAUSA DE ATENCION

 PREVENCION EMBARAZO ENFERMEDAD ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MEDICO O UNIDAD

 SI NO ¿CUAL? _____**HISTORIA CLINICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCION)**

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS

FECHA DE INICIO		
DIA	MES	AÑO

CODIGO CIE-10

DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO

FECHA DIAGNOSTICO		
DIA	MES	AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO: CONGENITO ADQUIRIDO AGUDO CRONICO¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGUN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? SI NO ¿CUAL? _____

RESULTADO DE EXPLORACION FISICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNOSTICO)

