

Informe médico

Programación de cirugía
 Tratamiento médico
 Reembolso

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada 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:

- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación			
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo	
	Día Mes Año	F M	
Causa de atención	Referido por otro médico o unidad		
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		

Historia Clínica	
<p style="text-align: center;">Antecedentes personales patológicos</p> <p style="text-align: right;">Tiempo de evolución _____</p>	<p style="text-align: center;">Antecedentes personales no patológicos</p> <p style="text-align: right;">Tiempo de evolución _____</p>
<p style="text-align: center;">Antecedentes gineco-obstétricos</p> <p>G ___ / P ___ / A ___ / C ___ /</p> <p>Especificar si recibió tratamiento para infertilidad</p> <p style="text-align: right;">Tiempo de evolución _____</p>	<p style="text-align: center;">Antecedentes perinatales (si es necesario)</p> <p style="text-align: right;">Tiempo de evolución _____</p>

Padecimiento actual			
Principales signos y síntomas			
			Fecha de inicio
			Día Mes Año
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	Fecha de diagnóstico	
		Día Mes Año	
<p>Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico </p>			

Historia clínica

Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio Día Mes Año
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Describa complicaciones	
Observaciones		
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico		

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
---------------------	---	---	--

Datos del médico tratante

Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. La información asentada en este documento es proporcionada conforme ala evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante