

# INFORME MÉDICO

ATENCIÓN  
MÉDICA

PAGO  
DIRECTO

REEMBOLSO



**INSTRUCCIONES:**

- 1.- Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y firmado autográficamente por el 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.

DMM-IM-04

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO FEM MASC
CAUSA DE ATENCIÓN		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD	
ENFERMEDAD	ACCIDENTE	EMBARAZO	PREVENCIÓN
		SI	NO CUAL?
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (INCLUIR FECHAS) <small>DESCRIBA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS RECIBIDOS.</small>		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
			FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS  dd / mm / aaaa
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (DIAGNÓSTICO DEFINITIVO)		
			FECHA DE DIAGNÓSTICO  dd / mm / aaaa
TIPO DE PADECIMIENTO			
CONGÉNITO		ADQUIRIDO	AGUDO CRÓNICO
¿SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE?		SI	NO ¿CUAL?
RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO)			

**TRATAMIENTO**

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO
		dd / mm / aaaa
¿HUBO COMPLICACIONES	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	
SI		
NO		

OBSERVACIONES:

HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA: HOSPITALARIA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
CIUDAD:	URGENCIA	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa
	CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA		

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:
ESPECIALIDAD:	R.F.C.	CELULAR:
CEDULA PROFESIONAL:	CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN:	
No. de PROVEEDOR:	.....e-m@il:	

PRESUPUESTO		DETALLAR INTERCONSULTANTES:
COSTO POR CONSULTA: \$	COSTO 1er AYUDANTE: \$	_____
COSTO CIRUJANO: \$	COSTO INTERCONSULTA: \$	_____
COSTO ANESTESIÓLOGO: \$		_____
		_____

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA 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 ASÍ MISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.  
EN CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, CON EL AVISO DE PRIVACIDAD QUE SE ENCUENTRA PUBLICADO EN EL PORTAL [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx) Y CON ELLO SE GARANTIZA QUE LA INFORMACIÓN DEL ASEGURADO SE USA EXCLUSIVAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES INHERENTES A LA RELACIÓN JURÍDICA QUE DERIVA DE LA POLIZA DE SEGURO.

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL ASEGURADO Y/O FAMILIAR RESPONSABLE