

# FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

## Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día | Mes | Año

## CONTRATANTE

## LUGAR

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad

Sexo

No. de Póliza

Certificado

F

M

## TIPO DE EVENTO

Accidente

Enfermedad

Embarazo

## HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

### APP- Antecedentes Personales Patológicos

Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardíacos \_\_\_\_\_
- Hipertensivos \_\_\_\_\_
- Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- VIH / SIDA \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Hepáticos \_\_\_\_\_
- Convulsivos \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

### APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas?  
(especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Pérdida no intencional de peso? (describir) \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

## PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día | Mes | Año

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

## DIAGNÓSTICO (S)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

## TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito

Agudo

Adquirido

Crónico

Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tiene relación con otro padecimiento?  Si  No Cuál? \_\_\_\_\_

El padecimiento ocasionó incapacidad?  Si  No  Parcial  Total

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Si  No

Favor de especificar \_\_\_\_\_

EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

	Talla	Peso
--	-------	------

### TRATAMIENTO

Favor de indicar:  Programación de tratamiento  Descripción de tratamiento ya realizado

Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)

Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción

Hubo complicaciones?  Si  No

Favor de describir complicaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital	Ciudad	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año
Tipo de estancia	<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> Corta Estancia/Ambulatoria	Fecha de Egreso	Día	Mes	Año

### DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	No. de Proveedor
------------------	------------------	------------	------------------

RFC	Especialidad
-----	--------------

Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad / Certificación
--------------------	---

E-mail	Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
--------	--

**En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:**

Anestesiólogo \_\_\_\_\_

Primer Ayudante \_\_\_\_\_

Segundo Ayudante \_\_\_\_\_

Otro(s) Médico(s) \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Médico Tratante



# FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE

## Tipo de Cobertura:

Enfermedad     Accidente     Embarazo

### INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.
- Por el hecho de proporcionar este formulario la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- Este documento no será válido con tachaduras, enmenduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre o razón social del contratante:		Número de Póliza:	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:		R.F.C o C.U.R.P.	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado:		R.F.C o C.U.R.P.	
Número certificado del afectado:	Fecha de nacimiento. Día/Mes/Año:	Sexo:	
Nacionalidad:	Parentesco con el titular:	Teléfono de Contacto:	Correo electrónico:
Ocupación o profesión:	Lugar donde trabaja:	Giro de la empresa:	
Domicilio/calle:	Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Código postal:	Delegación:	Estado:	
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día/Mes/Año:		¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?	
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. Día/Mes/Año:		Si es accidente ¿Cómo y dónde fue?	
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:		En su caso, autoridad que tomó conocimiento del accidente:	
Hospital en el que fue atendido:		Nombre completo del (los) médico (s) tratante (s):	
Tipo de Hospital: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público		Especialidad del (los) doctores:	
Período de estancia. (desde y hasta):		Médicos que ha consultado en los últimos 2 años:	
Número de días de estancia:		Fecha y causa:	
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique la compañía:		Indique el número de siniestro:	

Nota: Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales y/o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la Compañía (aun y cuando no exista una orden judicial o administrativa), toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida. Así mismo, autorizo a las compañías de seguro a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a la Compañía la información que sea de su conocimiento y que a su vez la Compañía proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento o de otros que sean de su conocimiento.

Nombre y firma del contratante:

Nombre y firma del asegurado:

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.