

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

**MUY IMPORTANTE:** POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** 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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD	
<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		<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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">DÍA</td> <td style="width:33%; text-align:center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align:center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"> </td> <td style="text-align:center;"> </td> <td style="text-align:center;"> </td> </tr> </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:															
<b>DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE</b>															
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 SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA, 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