

Informe Médico

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde y a una sola tinta.
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	DD	MM	AAAA
Lugar			

Datos del Asegurado Afectado (Paciente)			
Nombre del Titular (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))			Edad
Sexo	Nacionalidad		País de nacimiento
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

Tipo de evento		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo

Información clínica		
(Describa patologías, y/o realización de cirugía, y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)		
APP- Antecedentes Personales Patológicos		
Cáncer DD MM AAAA	Diabetes Mellitus DD MM AAAA	Hepáticos DD MM AAAA
Obesidad DD MM AAAA	Cardiacos DD MM AAAA	Hipertensivos DD MM AAAA
Neurológicas DD MM AAAA	VIH/SIDA DD MM AAAA	Otro DD MM AAAA
Especifique enfermedad		
Mencione cirugías realizadas		Indique motivo de Hospitalización (no quirúrgica)

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos	
¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)	¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad)

En caso de que aplique, señalar	
AGO- Antecedentes Gineco-Obstétricos	AP- Atención Perinatales
<input type="checkbox"/> Fum <input type="checkbox"/> Parto (s) <input type="checkbox"/> Aborto (s) <input type="checkbox"/> No. de embarazo (s) <input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/> Otro (s)	

Padecimiento actual	Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento
Fecha de primeros síntomas del padecimiento DD MM AAAA	
Fecha de primera consulta por este padecimiento DD MM AAAA	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento DD MM AAAA	
Diagnóstico(s)	Causa/Etiología del padecimiento

Tipo de Padecimiento			Tiempo de evolución del padecimiento		
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Agudo		
¿Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuál?			
¿El origen del padecimiento es primario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Especifique			
¿El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total			Desde DD MM AAAA	Hasta DD MM AAAA	

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Favor de especificar el tipo de tratamiento	
EF- Exploración Física y Resultados de estudios realizados			
Talla cm.	Peso Kg.	T/A mm/Hg.	Señale los datos relevantes de la exploración física
Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico			

Tratamiento			
Descripción del tratamiento			
En caso de tratamiento Médico, favor de indicar fecha de inicio DD MM AAAA			
En caso de tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento			
En caso de tratamiento realizado, favor de indicar fecha DD MM AAAA			¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Favor de describir complicaciones			
Sitio de Atención (nombre del Hospital, Clínica, etc)			Ciudad
Tipo de estancia: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatorio			Fecha de Ingreso DD MM AAAA

Datos generales del médico tratante			
Nombre del Médico (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Asegurado afectado (Paciente))			RFC
Especialidad		No. de Afiliación con la Aseguradora	
Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad/Certificación		E-mail
Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA		Teléfono celular	
¿Es Médico de convenio de la Aseguradora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre(s) y especialidad del (los) Médico(s) que participa(n) y en caso de no ser Médico de convenio, indicar su presupuesto de honorarios.			
			Presupuesto
Cirujano			
Anestesiólogo			
Primer Ayudante			
Segundo Ayudante			
Otro(s) Médico(s)			

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA".

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos de gastos imprevistos.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en éste documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx.

Nombre y Firma del Médico Tratante.