

Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
 Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Trámite			
☐ Programación de cirugía		☐ Programación de tratamiento médico	
		☐ Reembolso	
Ficha de identificación			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
			día mes año
Sexo	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
☐ M ☐ F			☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)			
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual			
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			Fecha de inicio
			día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
			día mes año
Tipo de padecimiento			
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
		☐ Sí ☐ No ¿Cuál?	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

Tratamiento		CPT4. Sólo como referencia		Descripción del tratamiento		Fecha de inicio	
						año mes día	
		Complicaciones		Descripción de complicaciones			
		☐ SI ☐ No					
		Información adicional					

Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

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 y/o enmendaduras.

Póliza No.		Fecha		
		día	mes	año
I. Datos del Asegurado titular				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Código cliente o No. de certificado				
R.F.C.	letras	año	mes	día
homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
☐ F ☐ M				
Estado civil	Ocupación actual		Actividad o giro del negocio donde trabaja	
☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ UL				
¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?		☐ Sí Definir cargo:		Correo electrónico (si cuenta con él)
☐ No				
Domicilio particular				
Calle		No. exterior		No. interior
Colonia		C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	clave lada Teléfono
II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Código cliente o No. de certificado				
R.F.C.	letras	año	mes	día
homoclave (si cuenta con ella)	Ocupación		Parentesco con el titular	Sexo
☐ F ☐ M				Estado civil
☐ S ☐ C ☐ D				
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)				
Calle		No. exterior		No. interior
Colonia		C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	clave lada Teléfono
Lugar donde recibió la atención				
		Estado		Municipio o delegación
III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Código cliente (si cuenta con él)				
R.F.C.	letras	año	mes	día
homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
☐ F ☐ M				
Ocupación actual	Actividad o giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico (si cuenta con él)	
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?		☐ Sí Definir cargo:		Relación con el solicitante titular
☐ No				
Contratante (en caso de existir como persona moral)				
Razón social		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras		año
mes	día	homoclave	Giro mercantil, actividad u objeto social	
		Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)		
Nombre del representante legal				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Domicilio del contratante (persona física o moral)				
Calle		No. exterior		No. interior
Colonia		C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País (si es distinto a México)	clave lada Teléfono

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado