

Informe Médico

Instrucciones: Este formato debe ser llenado con letra de molde y firmado por cada Médico tratante a excepción del Anestesiólogo y Ayudante, No será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenado en su totalidad. De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|---|
| Motivo de atención: | Pago directo <input type="checkbox"/> | Programación de cirugía-Tratamiento <input type="checkbox"/> | Reembolso <input type="checkbox"/> |
| Tipo de evento: | Enfermedad <input type="checkbox"/> | Accidente <input type="checkbox"/> | Es médico de Convenio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Embarazo <input type="checkbox"/> | Emergencia <input type="checkbox"/> | Es médico de Staff SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

A. Ficha de identificación paciente.

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____
 Edad Sexo: F M

B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías).

| | | | |
|---|--|---|--|
| Antecedentes Personales Patológicos Cáncer <input type="checkbox"/> Cardiacos <input type="checkbox"/> Convulsivos <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hepáticos <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____ _____ Cirugías <input type="checkbox"/> _____ | | Antecedentes Personales no Patológicos <input type="checkbox"/> Fuma (Especificar Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Consume Bebidas Alcohólicas (Especificar Tipo y Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Consume o ha Consumido algún Tipo de Droga (Especificar Tipo y Cantidad) _____ <input type="checkbox"/> Pérdida No Intencional de Peso (Describir) _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
|---|--|---|--|

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestación (s) Parto (s) Cesárea (s) Aborto (s) FUR Edad de Gestación

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

APGAR Silverman

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Fecha de Inicio de los Primeros Síntomas DD/MM/AAAA
 Fecha de la Primera Consulta DD/MM/AAAA
 Fecha del Diagnostico DD/MM/AAAA

Favor de especificar Evolución y Estado Actual del Padecimiento:

Con una evolución: 1 a 3 meses 3 a 6 meses 6 a 12 meses Mas de 1 año

Descripción del Diagnóstico

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico Idiopático

Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Si No Cuál? _____

El Padecimiento ocasionó Incapacidad Si NO Parcial Total

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Anexar Interpretación que Confirman el Diagnóstico)

Electrocardiograma Electroencefalograma Tomografía Radiografía Resonancia Magnética

Sangre Orina Histopatología Copro Otros (Especifique): _____

Resultados: _____

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------|----|-----|-------|----|----|----|----|--------|---|
| Talla | Cms | Peso | Kg | T/A | mm/hg | FC | x1 | FR | x1 | T emp. | C |
| | | | | | | | | | | | |

| Descripción del Tratamiento | | | |
|--|--|---------------------------------|---|
| Favor de Indicar: <input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento <input type="checkbox"/> Descripción de Tratamiento ya Realizado | | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Quirúrgico (Favor de Especificar Procedimiento realizado, Tiempo Quirúrgico y Fecha de Realización) | | | DD/MM/AAAA |
| Descripción: _____ | | | |
| | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico (Favor de describir fecha de Inicio, Tratamiento y Dosificación) | | | DD/MM/AAAA |
| Descripción: _____ | | | |
| | | | |
| | | | |
| Hubo complicación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor de Describir Complicaciones: _____ | | | |
| | | | |
| ¿ El paciente necesito hospitalización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de respuesta afirmativa favor de contestar: | | | |
| Nombre del Hospital _____ | | Ciudad _____ | |
| Tipo de estancia: Urgencia <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria <input type="checkbox"/> | | Fecha de Ingreso | DD/MM/AAAA |
| Hospitalaria <input type="checkbox"/> | | Fecha de Egreso | DD/MM/AAAA |
| C. Datos de médico tratante | | | |
| Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____ | | | |
| N° de Proveedor (Sólo si el médico tratante esta en convenio con Prevem Seguros S.A De C.V.) _____ | | | |
| Especialidad _____ | | Cédula Profesional _____ | |
| Cédula de Especialidad o Certificación _____ | | RFC _____ | |
| Teléfono _____ | | Correo Electrónico _____ | |
| Celular _____ | | | |
| Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | No. de Proveedor: _____ | |
| Mencione Nombre y especialidad de (los) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s): | | | |
| Anestesiólogo: _____ | | Acepta Pago por Prevem Seguros: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ayudante 1: _____ | | Acepta Pago por Prevem Seguros: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ayudante 2: _____ | | Acepta Pago por Prevem Seguros: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Otro(s) Médico(s): _____ | | Acepta Pago por Prevem Seguros: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| D. Firmas | | | |
| Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Prevem Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder. | | | |
| _____ | | | |
| Firma del Médico Tratante | | | |
| Fecha DD/MM/AAA _____ | | Lugar _____ | |