

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			
<input type="checkbox"/> Programación de cirugía	<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 día mes año
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>		
Complicaciones	Descripción de complicaciones	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	
Información adicional		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>		

Nombre del hospital	Ciudad	Estado
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>		
Tipo de estancia		Fecha de ingreso
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		día mes año
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>		

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Radiolocalizador
			Correo electrónico (si cuenta con él)
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?			Fecha del accidente o inicio del padecimiento día mes año
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM) Póliza No.
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.			
Hospital donde se internará		Datos de ingreso programado hora día mes año	
Nombre del médico	Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿A través de qué medio le fue referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante			

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado

Asistencia Línea Azul

Con gusto lo atenderemos los 365 días del año, las 24 hrs. del día, proporcionándole los siguientes beneficios:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

5227 3333
01 800 001 9200

Ciudad de México
Sin costo Nacional