

| NOMBRE DEL PACIENTE | | | |
|---------------------|------------------|--------|------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre | EDAD |
| | | | SEXO |

| HISTORIA CLINICA | |
|-------------------------------------|---|
| Antecedentes Personales Patológicos | Antecedentes personales no Patologicos |
| | |
| Tiempo de evolucion | Tiempop de evolucion |
| Antecedentes Gineco Obstetricos | Antecedentes perinatales (si es necesario) |
| | |

| ACCIDENTE | |
|----------------------------|--|
| FECHA DEL ACCIDENTE | |
| Como Ocurrio | |
| Diagnóstico | |
| Descripcion de Tratamiento | |
| Describe complicaciones | |
| | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre del Hospital | | | |
| Tipo de Estancia | Nombre del Médico | | |
| Urgencia <input type="checkbox"/> | Especialidad | | |
| Hospitalaria <input type="checkbox"/> | Céd. Profesional. | Céd. Especialidad | |
| Corta estancia / Ambulatoria <input type="checkbox"/> | Medico de Red | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Presupuesto | | | |
| Nombre de Ayudante | | | |
| Nombre de Anestesiólogo | | | |

Nota: Como medico tratante autorizo a los Hospitales donde fue atedido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que refieran estado de salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto , en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostatica de esta autorizacion tiene el mismo valor que la original.

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 medicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad , y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE



FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE

Este formato debe de ser llenado y firmado por el Accidentado con letra de molde
Es necesario firmar la forma en su totalidad y dar informacion completa

| | |
|----------------------------|--|
| No. de Autorización | |
|----------------------------|--|

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------|--|-------------|--|--|
| MOTIVO DE LA RECLAMACION | ACCIDENTE | | OTRO | | |
|---------------------------------|------------------|--|-------------|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--------------|--|------|--------|
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL AFECTADO | | | | | |
| | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | | | |
| EDAD | | SEXO | | | |
| DOMICILIO CALLE | | | | | |
| No.Exterior | | No. Interior | | | |
| TELEFONO | | Colonia | | C.P. | Estado |

| | |
|--|--|
| ACCIDENTE | |
| Fecha en que ocurrio el accidente | |
| Lugar del accidente | |
| Indique como y en donde ocurrio el accidente | |
| | |
| | |
| Lesiones sufridas | |
| | |
| Nombre del Medico tratante | |
| Especialidad | |
| Direccion | |
| Telefono | |

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clinicas, sanatorios laboratorios o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnostico de cualquier enfermedad, accidente o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporciones a Grupo Semedica México, S.A. DE C.V. aún cuando no exista orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clinico, indicaciones medicas, resultados de estudios de laboratorio o gabinete asi como de cualquier información contenida en mi expediente clínico , misma que podría ser requerida en cualquier momento cuando Grupo Semedica México, S.A. de C.V. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi atención.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE