

INFORME MÉDICO

Instrucciones:

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



Programación de cirugía ☒	Tratamiento médico ☐	Reembolso ☐
Ficha de identificación		
Apellido paterno, materno y nombre del paciente	No. de póliza	No. de Certificado
	Edad _____	Sexo ☐ M ☐ F
Causas de atención	Referido por otro médico o unidad	
Prevención ☐ Embarazo ☒ Enfermedad ☐ Accidente ☐	☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____	
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)		
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos	
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual		
Signos y síntomas		
Fecha de inicio		
Día Mes Año		
Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐		
Con una evolución de: 1-30 días ☐ 1-6 meses ☐ Más de 1 año ☐ Más de 2 años ☒		
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? ☐ No ☐ Si ¿Cuál? _____		
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)		
Talla		
Peso		
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	
	Fecha de diagnóstico	
	Día Mes Año	

Código CPT-4	Tratamiento											
	Descripción del tratamiento											
	Fecha de inicio Día Mes Año											
¿Hubo complicaciones? No ☐ Si ☐	Descripción de complicaciones:											
Observaciones												
Nombre del hospital				Tipo de estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulatoria				Fecha de ingreso Día Mes Año			Fecha de egreso Día Mes Año	
Ciudad												
Datos generales del médico tratante												
Apellido paterno, materno y nombre del médico _____												Teléfono _____
Especialidad _____ R.F.C. _____												Celular _____
Cédula profesional _____												No. cédula especialidad o certificación _____
No. Proveedor _____												E-Mail _____
Banco _____												Clabe interbancaria para pago
Datos de médicos interconsultantes o participantes en la intervención												
Médico 1 - Tipo de participación												
Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____												
Apellido paterno, materno y nombre (s)								Especialidad				
Cédula profesional		Cédula de especialidad		Presupuesto de honorarios				¿Forma parte de nuestra red?				
								Si _____ *No _____				
Médico 2 - Tipo de participación												
Interconsultante ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____												
Apellido paterno, materno y nombre (s)								Especialidad				
Cédula profesional		Cédula de especialidad		Presupuesto de honorarios				¿Forma parte de nuestra red?				
								Si _____ *No _____				

Médico 3 - Tipo de participación			
Interconsultante ☐	Cirujano ☐	Anestesiólogo ☐	Ayudantía ☐ Otra, ¿cuál? _____
Apellido paterno, materno y nombre (s)		Especialidad	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	¿Forma parte de nuestra red?
			Si _____ *No _____
Presupuesto			

El médico cirujano podrá realizar el cobro de los honorarios de los integrantes de su equipo de trabajo participante; para lo cual, reconoce haber cumplido con la obligación de informarles sobre el cobro, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como en caso de recabar datos personales de otros titulares, haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con lo estipulado en las políticas y los porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto puede invalidar toda responsabilidad de la aseguradora con el asegurado.

NOTA: Como médico tratante relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la aseguradora con el asegurado.

¿Al firmar el presente documento usted reconoce y acepta los términos y condiciones contenidos en la presente liga [https://www.segurossura.com.mx/wp-content/uploads/2023/04/Acuerdos\[1\]terminos-y-condiciones-proveedores.pdf](https://www.segurossura.com.mx/wp-content/uploads/2023/04/Acuerdos[1]terminos-y-condiciones-proveedores.pdf)

Lugar y fecha

Firma del médico tratante