

INFORME MÉDICO

Folio:

TIPO DE INFORME

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA O TRATAMIENTO MÉDICO REEMBOLSO

INSTRUCCIONES

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.

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	OCUPACIÓN	NÚMERO DE PÓLIZA		

TIPO DE RECLAMACIÓN

EMBARAZO ENFERMEDAD ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD

SÍ NO ¿CUÁL?

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (CON FECHA DE INICIO)	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS		FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO (DD/MM/AA)
EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO		
1-30 DÍAS <input type="checkbox"/>	1-3 MESES <input type="checkbox"/>	3-6 MESES <input type="checkbox"/>
		1-2 AÑOS <input type="checkbox"/>
		+ 2 AÑOS <input type="checkbox"/>
TIPO DE PADECIMIENTO		
CONGÉNITO <input type="checkbox"/>	AGUDO <input type="checkbox"/>	CRÓNICO <input type="checkbox"/>
		ADQUIRIDO <input type="checkbox"/>
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿CUÁL?		

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Talla: _____ cm Peso: _____ kg T/A: _____ mm/Hg FC: _____ x' FR: _____ x' T _____ C

TRATAMIENTO

CÓDIGO CTP4	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)
-------------	----------------------------

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

MÉDICOS QUE PARTICIPARON

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

¿HUBO COMPLICACIONES? SÍ NO

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

INTERCONSULTAS NÚMERO Y FECHAS (DD/MM/AA)

OBSERVACIONES

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80

www.segurosmultiva.com.mx

SM-008

EN CASO DE REEMBOLSO POR HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE DEL HOSPITAL

CIUDAD Y ESTADO

TIPO DE ESTANCIA:

URGENCIA

HOSPITALARIA

CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA

FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA)

FECHA DE EGRESO (DD/MM/AA)

FECHA DE INTERVENCIÓN (DD/MM/AA)

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

ESPECIALIDAD

TELÉFONO

TELÉFONO CELULAR/RADIO

CÉDULA PROFESIONAL

R.F.C.

CÉDULA DE ESPECIALIDAD/CERTIFICACIÓN

NÚMERO PROVEEDOR

E-MAIL

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

¿TIENE CONVENIO CON LA ASEGURADORA?

SI LA RESPUESTA FUE AFIRMATIVA, INDIQUE EL NÚMERO DE CONVENIO

SÍ

NO

ACEPTO LOS TABULADORES RELEVANDO DE CUALQUIER PAGO COMPLEMENTARIO POR ESTE PADECIMIENTO A SEGUROS MULTIVA, S.A, GRUPO FINANCIERO MULTIVA Y AL ASEGURADO DE LO CONTRARIO FAVOR DE INDICAR PRESUPUESTO

CIRUJANO

AYUDANTE

ANESTESIÓLOGO

TRATAMIENTO MÉDICO

\$

\$

\$

\$

FECHA EXACTA DE LA CIRUGÍA (DD/MM/AA)

HOSPITAL EN QUE SE REALIZARÁ

NOTA: 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, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

COMO MÉDICO TRATANTE, AUTORIZO A LOS HOSPITALES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE, A QUE PROPORCIONEN A SEGUROS MULTIVA, S.A.,GRUPO FINANCIERO MULTIVA TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIEREN A LA SALUD DEL MISMO, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE LOS PADECIMIENTOS ANTERIORES.

ASIMISMO, 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 INVALIDARÁ TODA RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MULTIVA, S.A., GRUPO FINANCIERO MULTIVA HACIA CON EL ASEGURADO.

CUALQUIER COPIA FIEL DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80

www.seguosmultiva.com.mx

SM-008