

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

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

Estado Civil

Ocupación

Edad

Sexo

☐ Masculino  
☐ Femenino

Causa de Atención:

☐ Prevención    ☐ Embarazo    ☐ Enfermedad    ☐ Accidente

Referido por otro Médico o Unidad

☐ Sí    ☐ No    ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución:

☐ 1 a 3 Meses    ☐ 3 a 6 Meses    ☐ 6 a 12 Meses    ☐ Más de 1 año

Código CIE-10

Para uso exclusivo de  
ING Comercial América

1.-  
2.-  
3.-

Descripción del Diagnóstico

Diagnóstico 1: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico 2: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico 3: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio

Día

Mes

Año

Tipo de Padecimiento:

☐ Congénito    ☐ Adquirido    ☐ Agudo    ☐ Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: ☐ Sí    ☐ No    ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico

Día

Mes

Año

Resultados 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

|                                                                                   |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Código CPT-4</b><br><small>Para uso exclusivo de ING Comercial América</small> | Descripción de Tratamiento |
| 1.- _____                                                                         | 1: _____                   |
| 2.- _____                                                                         | 2: _____                   |
| 3.- _____                                                                         | 3: _____                   |

Fecha de Inicio  
Día    Mes    Año

|                                                         |                               |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ¿Hubo Complicaciones?                                   | Descripción de Complicaciones |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 1: _____                      |
|                                                         | 2: _____                      |
|                                                         | 3: _____                      |

|                     |                                                                                                                                     |                   |                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Nombre del Hospital | Tipo de Estancia                                                                                                                    | Fecha de Ingreso  | Fecha de Egreso   |
| Ciudad              | <input type="checkbox"/> Urgencia<br><input type="checkbox"/> Hospitalaria<br><input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria | Día    Mes    Año | Día    Mes    Año |

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Cédula de Especialidad o Certificación \_\_\_\_\_

No. de Proveedor \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

Ayudante 1: \_\_\_\_\_

Ayudante 2: \_\_\_\_\_

Otro(s) Médico(s): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Seguros Comercial América, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a 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.

|                              |                  |                                                                                                                                                        |
|------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar y Fecha                |                  | Firma del Médico Tratante                                                                                                                              |
| Centro de Contacto 24 horas: |                  |                                                                                                                                                        |
| Gastos Médicos               | 51 69 27 27      | Aviso:                                                                                                                                                 |
| Lada sin costo               | 01 800 00 18 700 | Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía. |
| Lada sin costo EUA y Canadá  | 18 88 29 37 221  |                                                                                                                                                        |