

Informe Médico

Tipo de informe: Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico Reembolso

Instrucciones

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras o cambio de color de tinta.
5. Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: HERNANDEZ GOMEZ JARATZELU
 Apellido Paterno: HERNANDEZ Apellido Materno: JARATZELU Nombre(s):
 Edad: 27 Sexo: Masculino Femenino Estado Civil:
 Causa de Atención: Prevención Embarazo Enfermedad Accidente
 Referido por otro médico o unidad: Sí No ¿Cuál?:

Historia Clínica

(Describe patologías y/o realización de cirugía y/o causa de hospitalización, así como tiempo de evolución)

Antecedentes Heredo-Familiares: PADRE DIABETES M

Antecedentes Personales Patológicos (Fecha de Inicio):

Cáncer	<u>NEG</u>	Cardíacos	<u>NEG</u>	Otro	
Obesidad		VIH/SIDA		Especifique	
Neurológicas		Hepáticos			
Diabetes Mellitus		Hipertensivos			

Mencione cirugías realizadas

Indique motivo de hospitalización (no quirúrgica) NEG

Antecedentes Personales No Patológicos:

¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)

¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? (especificar tipo y cantidad)

Antecedentes Gineco-Obstétricos: FUM 16 NOV No. de Embarazo(s): Parto(s): Cesárea: Aborto(s): 1

Antecedentes Perinatales: Otro (s):

Padecimiento Actual

Fecha de primeros síntomas del padecimiento NOV 18 Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

Fecha de primera consulta por este padecimiento 24 NOV 18 LEUCORRREA BLANCA

Fecha de diagnóstico de este padecimiento NOV 18 LESIONES TIPO VERRUCA

DIAGNÓSTICO(S) EN INTROITO CAUSA/ ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO

CONDILOMATOSIS INTROITO
CERVICOVAGINITIS

Tipo de padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Sí No

¿Cuál?

¿El origen del padecimiento es primario? Sí No ¿Cuál?

El padecimiento ocasionó u ocasionará incapacidad? Sí No Parcial Total

Desde NOV 18 Hasta NOV 18

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí No Favor de especificar el tipo de tratamiento

Exploración Física y Resultados de Estudios Realizados Talla: Mts. Peso: Kg. T/A: mm/Hg.

Señale los datos relevantes de la exploración física:

Señale los resultados de exámenes de laboratorio, gabinete, imagenología u otros, que sustenten el diagnóstico

PROLAPSIA, ECU (SE ANEXAN)

Tratamiento

Descripción del Tratamiento *ELECTROCARDIOGRAFIA*

En caso de Tratamiento Médico, favor de indicar fecha de inicio

DD	MM	AAAA
----	----	------

En caso de Tratamiento Quirúrgico, favor de especificar procedimiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

¿Hubo complicaciones? Sí No Descripción de las complicaciones

En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital Ciudad

Tipo de Estancia: Urgencia Hospitalaria Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de Ingreso

DD	MM	AAAA
----	----	------

 Fecha de Egreso

DD	MM	AAAA
----	----	------

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre del Médico *DR. RODRIGUEZ ROSA MARIA*

Especialidad *GINECO-OBST* Teléfono *52648222*

Teléfono Celular *555433235* Radio Localizador

Cédula Profesional *82493519499* R.F.C. *CIRRS51020K47* E-mail *marychur@prodigy.com*

Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora: Sí No

En caso de haber contestado NO a la respuesta anterior: Acepto los tabuladores en el entendido que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la

Compañía de Seguros y al paciente. Sí No

En caso de no aceptar tabulador de la aseguradora especificar presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico.

Cirujano \$

--

 Ayudante \$

--

 Anestesiista \$

--

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa)

Hospital dónde se practicará la cirugía

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcione a Allianz México 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 puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia con el Asegurado. 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, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de Allianz México con la que el "PACIENTE-ASEGURADO" tiene celebrado el contrato. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, relevo de toda Responsabilidad a Allianz México. El llenado de este formato no obliga a Allianz México, a asumir la obligación de realizar pagos de gastos imprevistos.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a de Allianz México, de todos los informes que se refieren a la salud del paciente en caso de requerirlos.

CDMx 12-12-18

Lugar y Fecha

[Handwritten Signature]

Firma del Médico Tratante