



Informe Médico

(DEBE SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE)
(EN CASO DE QUE SEAN VARIOS , REQUISITAR UNO POR CADA MÉDICO)

DATOS DEL PACIENTE							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			NOMBRE(S)		
EDAD	SEXO	CAUSA DE LA RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO	FECHA EN QUE ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ AL PACIENTE POR MOTIVO DE ESTA ENFERMEDAD O ACCIDENTE:		DÍA	MES	AÑO
ANTECEDENTES CLÍNICOS							
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS							
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS							
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (SÓLO PARA MUJERES)				INDICAR CAUSA			
				G P A C			
MENCIONE LAS AFECCIONES MÁS IMPORTANTES QUE PADEZCA AUNQUE NO TENGAN RELACIÓN CON LA PRESENTE RECLAMACIÓN							
¿EL PACIENTE FUE REFERIDO POR OTRO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL OTRO MÉDICO				
DOMICILIO			TELÉFONO		ESPECIALIDAD		
PADECIMIENTO ACTUAL							
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS							
FECHA EN QUE INICIARON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O SIGNOS		DÍA	MES	AÑO	EL PADECIMIENTO ES:		
					<input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO		
CON UNA EVOLUCIÓN DE:							
<input type="checkbox"/> 1 A 3 MESES <input type="checkbox"/> 3 A 6 MESES <input type="checkbox"/> 6 A 12 MESES <input type="checkbox"/> MÁS DE UN AÑO <input type="checkbox"/> MÁS DE DOS AÑOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁNTOS?							
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PRACTICADOS							
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO							
INDIQUE EL TRATAMIENTO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA							
MENCIONE LOS NOMBRES DE LOS MÉDICOS QUE PARTICIPARON EN LA INTERVENCIÓN (CIRUJANO, AYUDANTES Y ANESTESIOLOGOS)							
INTERCONSULTAS, INDICAR ESPECIALIDAD Y FECHAS							

FAVOR DE TRANSCRIBIR EL RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA PROPORCIONANDO LAS FECHAS Y HALLAZGOS CLÍNICOS DEL PACIENTE ASEGURADO

ENFERMEDADES, ESTADOS PATOLÓGICOS O ANTECEDENTES, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE DIERA ORIGEN A LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA

EN CASO DE CIRUGÍA PROGRAMADA

NOMBRE DEL HOSPITAL

FECHA DE INGRESO	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESDE	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE ALTA HASTA	DÍA	MES	AÑO
LA ENFERMEDAD O LESIÓN OCASIONÓ INCAPACIDAD											
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL											

NOMBRE DEL MÉDICO _____ ESPECIALIDAD _____ PERTENECE AL CONSEJO SI NO

TIENE CONVENIO CON LA RED

SI NO

PRESUPUESTO DE HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO

CIRUJANO \$

AYUDANTE \$

ANESTESIÓLOGO \$

DOMICILIO

TELÉFONO

CÉDULA PROFESIONAL

R.F.C.

RADIO BIP

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE AUTORIZO A LOS HOSPITALES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE A QUE PROPORCIONEN A QBE DE MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIEREN A LA SALUD DEL MISMO, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, PARA TAL EFECTO EN ESTE CASO REVELO 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, COMO EL EXPEDIENTE CLÍNICO QUE OBRA EN MI PODER, ESTOY CONSCIENTE QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO, INVALIDARÁ TODA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN.