

GUIA DE LLENADO PARA EL MEDICO TRATANTE

FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
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 y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día Mes Año

Fecha y lugar de llenado

CONTRATANTE [Indicar nombre de la escuela]

LUGAR

Indicar datos personales del paciente. (alumna o alumno).

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad Sexo F M No. de Póliza Certificado [Indicar número de cuenta]

TIPO DE EVENTO

Accidente Enfermedad Embarazo

HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos
Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardiacos _____
- Hipertensivos _____
- Diabetes Mellitus _____
- VIH / SIDA _____
- Cáncer _____
- Hepáticos _____
- Convulsivos _____
- Otros: _____

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad) _____
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) _____
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad) _____
- Pérdida no intencional de peso? (describir) _____
- Otros: _____

Marcar X, en la opción que corresponda.

Es importante indicar con la mayor exactitud el historial clínico del paciente.

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día Mes Año Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día Mes Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día Mes Año

DIAGNÓSTICO (S)

1) _____
2) _____
3) _____

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Agudo Adquirido Crónico

Cuánto tiempo? _____

Tiene relación con otro padecimiento? Si No Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad? Si No Parcial Total

Desde _____ Hasta _____

Estos datos son indispensables para el trámite. Indicar con la mayor precisión los datos requeridos

Indicar el tratamiento quirúrgico / médico realizado con el mayor detalle posible, sin la omisión de información.

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Favor de especificar _____		
EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)		

Talla		
Peso		
TRATAMIENTO		
Favor de indicar: <input type="radio"/> Programación de tratamiento <input type="radio"/> Descripción de tratamiento ya realizado		
<input type="radio"/> Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)		
<input type="radio"/> Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)		
Descripción		

Hubo complicaciones? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Favor de describir complicaciones: _____		

Nombre del Hospital		Ciudad
Fecha de Ingreso		Día Mes Año
Tipo de estancia <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> Corta Estancia/Ambulatoria		Fecha de Egreso
		Día Mes Año
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE		
Apellido Paterno		Apellido Materno
Nombre (s)		No. de Proveedor
RFC		Especialidad
Cédula Profesional		Cédula de la Especialidad / Certificación
E-mail		Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:		
Anestesiólogo _____		
Primer Ayudante _____		
Segundo Ayudante _____		
Otro(s) Médico(s) _____		

Datos requeridos en caso de hospitalización.

Indicar datos personales del médico tratante.

[Nombre Completo y firma del médico]

Nombre y Firma del Médico Tratante