



Programación de cirugía Tratamiento Médico Reembolso

MUY IMPORTANTE: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, HIR Seguros, no queda obligado a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- No dejar preguntas sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
- 4.- Llenar cuidadosamente debido a que de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Ficha de identificación

Apellido Paterno- Apellido Materno- Nombre(s) / Name, Last name Sexo / Gender: M F Edad: _____

Causa de atención: Referido por otro médico o unidad: Sí No

Accidente Enfermedad Embarazo ¿Cuál?: _____

Historia clínica (Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos (Illness Personal History)	Antecedentes Personales NO Patológicos (Personal History)
Antecedentes Gineco-Obstétricos (Illness Gyneco-Obstetrics Personal History)	Antecedentes Perinatales (Si es necesario) / Connate Personal History

Padecimiento actual (Current condition)

Principales signos y síntomas / Symptoms

Fecha de inicio / Date

Día	Mes	Año

Código CIE-10	Descripción del diagnóstico / Diagnostic Disease

Fecha de inicio / Date

Día	Mes	Año

Tipo de padecimiento Congénito Adquirido Agudo Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí No

¿Cuál? _____

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)
Physical Exploration

TRATAMIENTO

Código CIE-10	Descripción de tratamiento / Treatment
	Fecha de inicio / Date Día Mes Año

¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones / Failure

Observaciones /Comments

<i>Nombre del hospital</i>	<input type="checkbox"/> Urgencia Hospitalaria	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
<i>Ciudad / city</i>	<input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico/ Medical Doctor		Celular
		Teléfono
Especialidad	R.F.C.	Email
Cédula Profesional	Cédula de Especialidad o Certificación	
Número de proveedor	Presupuesto	

Nota: La información en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he realizado al paciente, conforme a los estudios médicos que se han realizado, y por las referencias y antecedentes médicos proporcionados del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha / Date

Firma del médico tratante / Signature

Nombre y firma del titular o tutor

Nombre y firma del afectado o tutor