

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa
 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MÉDICO

 REEMBOLSO

MUY IMPORTANTE: POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** 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 ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE / NAME, LAST NAME:		EDAD / AGE	SEXO / GENDER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿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 DIAGNÓSTICO / DATE
DÍA MES AÑO
| | |

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? SI NO ¿CUÁL? _____

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO) / PHYSICAL EXPLORATION

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO / TREATMENT									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" colspan="3">FECHA DE INICIO / DATE</td> </tr> <tr> <td align="center">DÍA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 15px;"></td> <td style="width: 30px; height: 15px;"></td> <td style="width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO / DATE			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO / DATE										
DÍA	MES	AÑO								

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES / FAILURE
---	---

OBSERVACIONES / COMMENTS

NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DÍA MES AÑO
CIUDAD / CITY:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO / MEDICAL DOCTOR:		TELÉFONO / PHONE:
ESPECIALIDAD	R.F.C.	CELULAR:
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN	
NÚMERO DE PROVEEDOR	E-mail	

PRESUPUESTO / MEDICAL FEES

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE REALIZADO AL PACIENTE, CONFORME A LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE SE LE 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