

- Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
- Este documento no será válido con tachaduras.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:	Edad:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	

HISTORIA CLINICA

(Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos:	Antecedentes personales no patológicos:
Antecedentes gineco-obstétricos:	
Antecedentes personales (si es necesario):	

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:	
Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:
	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Fecha de Inicio DD MM AA </div>
	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Fecha de diagnóstico DD MM AA </div>
Tipo de Padecimiento: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	
Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):	

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción del tratamiento:
	Fecha de Inicio DD MM AA
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones:

Observaciones:

Nombre del Hospital:	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	Fecha de ingreso DD MM AA	Fecha de egreso DD MM AA
Ciudad:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____ R.F.C.: _____ Celular: _____

Cédula profesional: _____ Cédula de especialidad
o certificación: _____

Nombre de proveedor: _____ E-mail: _____

Presupuesto:

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

AVISO DE PRIVACIDAD: **SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE** con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para las finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 01800 201 6764 y la página de internet: www.serviciosmedicospjf.com

Acepto recibir comunicaciones de prospección comercial No acepto recibir comunicaciones de prospección comercial

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Firma del Médico Tratante