

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 ☐ F ☐ M
--	------------	--

CAUSA DE ATENCIÓN ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD ☐ SI ☐ 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-OBSTETRICALS 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								
	FECHA DE INICIO / DATE DÍA MES AÑO								
¿HUBO COMPLICACIONES? ☐ SI ☐ NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES / FAILURE								
OBSERVACIONES / COMMENTS									
NOMBRE DEL HOSPITAL				TIPO DE ESTANCIA		FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	
				☐ URGENCIA ☐ HOSPITALARIA ☐ CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA		DÍA MES AÑO		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				