

Instrucciones: Este formato debe ser llenado con letra de molde y firmado por cada Médico tratante a excepción del Anestesiólogo y Ayudante, No será válido si presenta tachaduras o enmendaduras. Debe ser llenado en su totalidad. De lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de atención.	☐ Pago directo	☐ Programación de cirugía-Tratamiento	☐ Reembolso
Tipo de evento:	☐ Enfermedad	☐ Accidente	☐ Es médico de Convenio
	☐ Embarazo	☐ Emergencia	☐ Es médico de Staff

A. Ficha de identificación del paciente.

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre):

Edad: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías).

Antecedentes Personales Patológicos

- ☐ Cáncer ☐ Cardíacos ☐ Convulsivos ☐ Diabetes Mellitus
☐ Hepáticos ☐ VIH / SIDA ☐ Otros: _____
☐ Cirugías: _____

Antecedentes Personales no Patológicos

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

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestación(es): _____ Parto(s): _____ Cesárea(s): _____
 Aborto(s): _____ FUR: _____ Edad de gestación: _____

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

APGAR: _____ Silverman: _____

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Fecha de Inicio de los Primeros Síntomas: _____ dd/mm/yyyy

Fecha de la Primera Consulta: _____ dd/mm/yyyy

Fecha del Diagnóstico: _____ dd/mm/yyyy

Favor de especificar Evolución y Estado Actual del Padecimiento:

Tipo de padecimiento: ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐ Idiopático

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

¿Cuál?

¿El padecimiento ocasionó incapacidad? ☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS

(Anexar interpretación que confirme el diagnóstico)

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| ☐ Electrocardiograma | ☐ Electroencefalograma | ☐ Tomografía | ☐ Radiografía |
| ☐ Resonancia Magnética | ☐ Sangre | ☐ Orina | ☐ Histopatología |
| ☐ Copro | ☐ Otros (especifique) | | |
-
-

Resultados:

Talla cms	Peso kg	T/A mm/hg
FC x1	FR x1	Temp. °C

Descripción del Tratamiento:

Favor de indicar: ☐ Programación de Tratamiento ☐ Descripción de Tratamiento ya Realizado

☐ Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado, tiempo quirúrgico y fecha de realización)

Fecha:

 dd/mm/yyyy

Descripción:

☐ Tratamiento Médico (favor de describir fecha de inicio, tratamiento y dosificación)

Fecha:

 dd/mm/yyyy

Descripción:

¿Hubo complicación? ☐ Sí ☐ No

Favor de describir complicaciones:

¿El paciente necesitó hospitalización? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Hospital:

Ciudad:

Tipo de estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia / Ambulatoria

Fecha de ingreso: dd/mm/yyyy

Fecha de egreso: dd/mm/yyyy

C. Datos de médico tratante.

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____

N.º de Proveedor (sólo si el médico tratante está en convenio con Prevem Seguros, S.A. de C.V.): _____

Especialidad: _____ Cédula Profesional: _____

Cédula de Especialidad o Certificación: _____ RFC: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Celular: _____

Acepta pago por Prevem Seguros: ☐ Sí ☐ No N.º de Proveedor: _____

Mencione nombre y especialidad de los que participan en la intervención o como interconsultantes:

Anestesiólogo: _____

Acepta pago por Prevem Seguros: ☐ Sí ☐ No

Ayudante 1: _____

Acepta pago por Prevem Seguros: ☐ Sí ☐ No

Ayudante 2: _____

Acepta pago por Prevem Seguros: ☐ Sí ☐ No

Otro(s) Médico(s): _____

Acepta pago por Prevem Seguros: ☐ Sí ☐ No

El médico acepta ajustarse al pago autorizado por Prevem Seguros, sin efectuar cobros adicionales al asegurado

D. Firmas.

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Prevem Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo del secreto profesional y autorizo el uso y tratamiento de la información exclusivamente para los fines de la aseguradora. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables, en el caso de menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Firma del Médico Tratante

Fecha: _____ dd/mm/yyyy

Lugar: _____