

**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.

|                            |                          |              |                          |                                     |                          |                       |                          |    |                          |    |
|----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <b>Motivo de atención.</b> | <input type="checkbox"/> | Pago directo | <input type="checkbox"/> | Programación de cirugía-Tratamiento | <input type="checkbox"/> | Reembolso             |                          |    |                          |    |
| <b>Tipo de evento:</b>     | <input type="checkbox"/> | Enfermedad   | <input type="checkbox"/> | Accidente                           | <input type="checkbox"/> | Es médico de Convenio | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
|                            | <input type="checkbox"/> | Embarazo     | <input type="checkbox"/> | Emergencia                          | <input type="checkbox"/> | Es médico de Staff    | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

### 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)

- |                                               |                                               |                                     |                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma   | <input type="checkbox"/> Electroencefalograma | <input type="checkbox"/> Tomografía | <input type="checkbox"/> Radiografía    |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética | <input type="checkbox"/> Sangre               | <input type="checkbox"/> Orina      | <input type="checkbox"/> Histopatología |
| <input type="checkbox"/> Copro                | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_