

Informe Médico											
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 <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía-Tratamiento <input type="checkbox"/>				Reembolso <input type="checkbox"/>				
Tipo de evento:		Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>		Es médico de Convenio		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
		Embarazo <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>		Es médico de Staff		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
A. Ficha de identificación paciente.											
Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____											
Edad <input type="text"/>			Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
B. Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías).											
Antecedentes Personales Patológicos					Antecedentes Personales no Patológicos						
Cáncer <input type="checkbox"/>	Cardiacos <input type="checkbox"/>	Convulsivos <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Fuma (Especificar Cantidad) _____						
Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Hepáticos <input type="checkbox"/>	VIH / SIDA <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Consume Bebidas Alcohólicas (Especificar Tipo y Cantidad) _____						
Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: _____				<input type="checkbox"/> Consume o ha Consumido algún Tipo de Droga (Especificar Tipo y Cantidad) _____						
Cirugías <input type="checkbox"/> _____					<input type="checkbox"/> Pérdida No Intencional de Peso (Describir) _____						
					<input type="checkbox"/> Otros _____						
Antecedentes Gineco-Obstétricos											
Gestación (s) <input type="text"/>		Parto (s) <input type="text"/>		Cesárea (s) <input type="text"/>		Aborto (s) <input type="text"/>		FUR <input type="text"/>		Edad de Gestación <input type="text"/>	
Antecedentes Perinatales (si es necesario)											
APGAR <input type="text"/>		Silverman <input type="text"/>									
Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)											
Favor de especificar Evolución y Estado Actual del Padecimiento:											
Fecha de Inicio de los Primeros Síntomas		<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>									
Fecha de la Primera Consulta		<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>									
Fecha del Diagnostico		<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>									
Con una evolución: 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> Mas de 1 año <input type="checkbox"/>											
Descripción del Diagnóstico											
Tipo de Padecimiento: Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Idiopático <input type="checkbox"/> Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____ El Padecimiento ocasionó Incapacidad Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>											
RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Anexar Interpretación que Confirman el Diagnóstico)											
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	T emp.	C

Descripción del Tratamiento			
Favor de Indicar: <input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento <input type="checkbox"/> Descripción de Tratamiento ya Realizado <input type="checkbox"/> Tratamiento Quirúrgico (Favor de Especificar Procedimiento realizado, Tiempo Quirúrgico y Fecha de Realización) DD/MM/AAAA			
Descripción: _____			
<input type="checkbox"/> Tratamiento Médico (Favor de describir fecha de Inicio, Tratamiento y Dosificación) DD/MM/AAAA			
Descripción: _____			
Hubo complicación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor de Describir Complicaciones: _____			
¿ El paciente necesito hospitalización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de respuesta afirmativa favor de contestar:			
Nombre del Hospital _____		Ciudad _____	
Tipo de estancia: Urgencia <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria <input type="checkbox"/>		Fecha de Ingreso	DD/MM/AAAA
Hospitalaria <input type="checkbox"/>		Fecha de Egreso	DD/MM/AAAA
C. Datos de médico tratante			
Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre) _____			
N° de Proveedor (Sólo si el médico tratante esta en convenio con Prevem Seguros S.A De C.V.) _____			
Especialidad _____		Cédula Profesional _____	
Cédula de Especialidad o Certificación _____		RFC _____	
Teléfono _____		Correo Electrónico _____	
Celular _____		No. de Proveedor: _____	
Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Mencione Nombre y especialidad de (los) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):			
Anestesiólogo: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ayudante 1: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ayudante 2: _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otro(s) Médico(s): _____		Acepta Pago por Prevem Seguros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 en este caso relevo las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. 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 los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.			
_____ Firma del Médico Tratante			
Fecha DD/MM/AAA		Lugar _____	