

Informe Médico

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
4. La información plasmada en este informe médico, no será suceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

Ficha de Identificación

Nombre:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Edad:		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Causa de Atención:	☐ Enfermedad	☐ Accidente	☐ Embarazo ☐ Prevención
Referido por otro Médico o Unidad:	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?	

Datos del Asegurado afectado (Todos los datos son obligatorios)

Antecedentes Personales Patológicos (incluir fechas)

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos. Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

☐	Cardíacos	
☐	Hipertensivos	
☐	Diabetes Mellitus	
☐	VIH / SIDA	
☐	Cáncer	
☐	Hepáticos	
☐	Convulsivos	
☐	Cirugías	
☐	Otros:	
☐	Paciente niega antecedentes	

Antecedentes Personales No Patológicos

☐	¿Fumas? -especificar la cantidad-	
☐	¿Consume bebidas alcoholicas? -especificar la cantidad-	
☐	¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y la cantidad-	
☐	¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? - describir	
☐	Otros:	
☐	Paciente nienga antecedentes	

Antecedentes Ginecoostétricos

- ☐ Menarca
- ☐ Gestas
- ☐ Partos
- ☐ Cesárea
- ☐ Abortos
- ☐ DOC -fecha-
- ☐ Otros
- ☐ Paciente niega antecedentes

Antecedentes Perinatales

Padecimiento actual

Fecha de inicio de síntomas
DD/MM/AAAA

Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico
DD/MM/AAAA
Código CIE-10

Tipo de Padecimiento: ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?

Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que firmen el diagnóstico.

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento

DD/MM/AAAA

Requerimientos específicos

Enfermera: ☐ Sí ☐ No Oxígeno: ☐ Sí ☐ No Terapia física: ☐ Sí ☐ No
Ambulancia: ☐ Sí ☐ No Material ortopédico: ☐ Sí ☐ No

¿Hubo Complicaciones? ☐ Sí ☐ No

Descripción de las Complicaciones

Hospital: Ciudad:

Tipo de estancia: ☐ Corta estancia/ Ambulatoria ☐ Hospital ☐ Urgencias

Fecha de ingreso: DD/MM/AAAA Fecha de egreso: DD/MM/AAAA

Nombre: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Especialidad: RFC: Teléfonos:

Cédula Profesional: Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor: Correo electrónico:

Presupuesto

Nombre del Cirujano: Monto Nombre del Ayudante: Monto

Nombre del Anestesiólogo: Médicos Interconsultantes:

Detallar Interconsultas:

Nota:

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrece; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación; cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicio; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y revocación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información; así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y el financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Manifiesto que conozco el aviso de privacidad de Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros y estoy de acuerdo y consiento expresamente que mis datos personales incluyendo los sensibles sean tratados conforme a lo señalado en el mismo, así como que dichos datos sean compartidos con proveedores de servicios de salud; de servicios de asistencia; médicos y de telemedicina; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones y/o entidades del sector asegurador, para gestionar todo lo relacionado con trámites de siniestros, pagos y/o reembolsos de las coberturas contenidas en mi contrato de seguro.

Lugar y fecha

Nombre y firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable