

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

- Programación de cirugía
 Pago Directo
 Reembolso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	

HISTORIA CLÍNICA

(Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos:	Antecedentes personales no patológicos:
Antecedentes gineco-obstétricos:	Antecedentes personales (si es necesario):

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:		Fecha de Inicio DD MM AA
Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:	Fecha de diagnóstico DD MM AA
Tipo de Padecimiento: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____		
Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):		

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción del tratamiento:											
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="width: 30px;">DD</td> <td style="width: 30px;">MM</td> <td style="width: 30px;">AA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>			Fecha de Inicio			DD	MM	AA			
Fecha de Inicio												
DD	MM	AA										
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones:											
Observaciones:												
Nombre del Hospital:	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	Fecha de ingreso DD MM AA	Fecha de egreso DD MM AA									
Ciudad:												

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____	Teléfono: _____
Especialidad: _____	R.F.C.: _____ Celular: _____
Cédula profesional: _____	Cédula de especialidad o certificación: _____
Nombre de proveedor: _____	E-mail: _____
Presupuesto:	

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, 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 a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01 800 837 1133 y el correo electrónico quejas_segurosbanorte@banorte.com

Lugar y fecha

Firma del médico tratante