



**Instrucciones:**

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y legible
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar
- 3.- Este documento no será valido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**El padecimiento es:**

Accidente

Enfermedad

**Con Evolución de:**

a 5 días

Más de 5 días

Cuantos días?

**Ficha de identificación**

Nombre del Paciente (Alumno, Docente, Administrativo)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Edad

Sexo:

Masculino

Femenino

Ocupación

Grado Escolar

Causa de Atención:

Accidente

Enfermedad

Reembolso

Fecha de la 1ra  
atención

**Historia Clínica**

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente o embarazo

día mes año

Antecedentes personales patológicos (con fecha de inicio)

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes gineco-obstetricos

Antecedentes perinatales (si es necesario)

**Padecimiento Actual**

día mes año

Principales signos y síntomas

Resultado de la exploracion fisica

Código (CIE) Descripción del Diagnóstico y Etiología

Estudios realizados (anexar interpretaciones de apoyo diagnóstico)

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o ac

Sí

No

¿Cuál?

Código (CPT-4) Descripción del tratamiento

¿Hubo complicaciones? Descripción de las complicaciones  Si  No

Pronostico

Observaciones

**En caso de Hospitalización**

Nombre del Hospital ..... Ciudad .....

Tipo de Estancia:  Urgencia  Hospitalaria  Corta Estancia/Ambulatoria  
 día mes año día mes año

Fecha de Ingreso: ..... Fecha de Egreso: .....

**Datos generales del Médico Tratante**

Nombre del Médico .....

Especialidad ..... Teléfono .....

Teléfono Célular ..... Radio Localizador .....

Cédula Profesional ..... R.F.C. .... E-mail .....

Cédula de especialidad o certificación .....

**Programación de Cirugía**

Tiene convenio con la aseguradora  Sí  No

Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario por este padecimiento a la Compañía de Seguros y al paciente.

Cirujano \$ ..... Ayudante \$ ..... Anestesia \$ .....

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico/quirúrgico .....

Fecha exacta de la cirugía (dd/mm/aa) .....

Hospital dónde se practicará la cirugía .....

**NOTA:** Como médico tratante, autorizó al Hospital donde fue atendido el paciente, a que proporcionen a SERVIASIST S.A de C.V. todos los informes que se refiere a la salud del mismo, incluyendo todos los datos de los padecimientos anteriores. Así mismo relevo a la institución, o personal involucrado del secreto profesional y de cualquier repsonsabilidad, hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informé Médico, puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora hacia el Asegurado. La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado, bajo mi responsabilidad y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

**ACE SEGUROS S.A** con domicilio en Bosques de Alisos No. 47 Piso 1, Bosques de las Lomas C.P. 05120 en México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad completo en la siguiente dirección: <http://www.acelatinamerica.com/ACELatinAmericaroot/México>.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante