

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

Historía 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