

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO MÉDICO

REEMBOLSO

**MUY IMPORTANTE:** POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO O INVESTIGAR LA RECLAMACIÓN, **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA** NO QUEDA OBLIGADO A ADMITIR VALIDEZ DE NINGUNA RECLAMACIÓN NI EL MONTO DE ELLA, NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDAN CONFORME A LA LEY Y AL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS
- 4.- LLENAR CUIDADOSAMENTE DEBIDO A QUE DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE / NAME, LAST NAME: \_\_\_\_\_ EDAD / AGE \_\_\_\_\_ SEXO / GENDER  F  M

CAUSA DE ATENCIÓN  EMBARAZO  ENFERMEDAD  ACCIDENTE REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD  SI  NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS / ILLNESS PERSONAL HISTORY	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS / PERSONAL HISTORY

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS / ILLNESS GYNECO-OBSTETRICS PERSONAL HISTORY	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO) / CONNATE PERSONAL HISTORY

### PADECIMIENTO ACTUAL / CURRENT CONDITION

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS / SYMPTOMS: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO / DATE  
 DÍA    MES    AÑO  
 |    |    |    |

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO / DIAGNOSTIC DISEASE		FECHA DIAGNÓSTICO / DATE
			DÍA    MES    AÑO 

TIPO DE PADECIMIENTO  CONGÉNITO  ADQUIRIDO  AGUDO  CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?  SI  NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO) / PHYSICAL EXPLORATION

**TRATAMIENTO**

<b>CÓDIGO CPT-4</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO / TREATMENT</b>									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3"><b>FECHA DE INICIO / DATE</b></td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	<b>FECHA DE INICIO / DATE</b>			DÍA	MES	AÑO			
<b>FECHA DE INICIO / DATE</b>										
DÍA	MES	AÑO								

<b>¿HUBO COMPLICACIONES?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES / FAILURE</b>
---	--

**OBSERVACIONES / COMMENTS**

<b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b>	<b>TIPO DE ESTANCIA</b> <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA    MES    AÑO	<b>FECHA DE EGRESO</b> DÍA    MES    AÑO
<b>CIUDAD / CITY:</b>			

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO / MEDICAL DOCTOR:</b>		<b>TELÉFONO / PHONE:</b>
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>R.F.C.</b>	<b>CELULAR:</b>
<b>CÉDULA PROFESIONAL</b>	<b>CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN</b>	
<b>NÚMERO DE PROVEEDOR</b>	<b>E-mail</b>	

**PRESUPUESTO / MEDICAL FEES**

**NOTA:** LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE REALIZADO AL PACIENTE, CONFORME A LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE SE LE HAN REALIZADO, Y POR LAS REFERENCIAS Y ANTECEDENTES MÉDICOS PROPORCIONADOS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA / DATE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE / SIGNATURE

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR / O TUTOR

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO / O TUTOR