

INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y si se requiere de alguna corrección, esta deberá estar debidamente documentada.

DATOS DEL PACIENTE / ASEGURADO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

EDAD

GÉNERO

TIPO DE RECLAMACIÓN

Embarazo ☐

Enfermedad ☐

Accidente ☐

Referido por otro médico u hospital SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio: _____

Antecedentes personales no patológicos: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos: _____

Antecedentes perinatales: _____

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Talla: _____ cms. Peso: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg FC: _____ x' FR: _____ x' T _____ C

Estudios de laboratorio y gabinete practicados: _____

Resultados de estudios que sustentan el diagnóstico: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Padecimiento actual: _____

Principales signos y síntomas: _____

CÓDIGO CIE-10

Fecha de inicio:

DD

MM

AAAA

Fecha de diagnóstico:

DD

MM

AAAA

Descripción del diagnóstico: _____

EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO

Evolución del padecimiento: 1 - 30 Días 1 - 3 meses 3 - 6 meses 1 - 2 años +2 años

Tipo de padecimiento: Congénito Agudo Adquirido

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? SI NO ¿Cuál?

TRATAMIENTO MÉDICO

CÓDIGO CPT: FECHA DE INICIO:

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:

Médicos que participaron:

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones? SI NO Descripción de las complicaciones:

INTERCONSULTAS

NÚMERO

FECHAS

OBSERVACIONES

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE DE HOSPITAL: CIUDAD Y ESTADO:

Tipo de estancia: Urgencias Hospitalaria Corta estancia/ambulatoria Otros

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

FECHA DE INTERVENCIÓN

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

ESPECIALIDAD

CÉDULA PROFESIONAL

CÉDULA DE ESPECIALIDAD/CERTIFICACIÓN

NO. DE PROVEEDOR

RFC (CON HOMOCLOVE)

TELÉFONO

CÉLULAR

CORREO ELECTRÓNICO

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

¿Tiene convenio con la Aseguradora? SI ☐ NO ☐ Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio _____
Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento de Quálitas Salud, S.A. y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.

CIRUJANO	AYUDANTE	ANESTESIÓLOGO	TRATAMIENTO MÉDICO
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Fecha exacta de la cirugía: DD ____ MM ____ AAAA ____ Hospital en que se realizará: _____

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el Diagnóstico? (anexar estudios y resultados)

LUGAR

FECHA

NOMBRE Y FIRMA ASEGURADO AFECTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE