

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