

# Informe Médico

## Seguro Dental en caso de accidente



Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra.

Trámite Reembolso

### Ficha de identificación

#### Nombre(s) del paciente

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

Sexo: Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Causa de atención: Accidente

### Historia clínica (especificar tiempo de evolución):

1. Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_

2. Antecedentes personales no patológicos: \_\_\_\_\_

### Padecimiento actual

De acuerdo a la historia clínica, favor de indicar la fecha de inicio del accidente.

Fecha de inicio \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

#### Padecimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Código ICO \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

Código ICO \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

Código ICO \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

Código ICO \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

### Tipo de padecimiento

Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tratamiento**

CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento	Fecha de diagnóstico	Año	Mes	Día
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento	Fecha de diagnóstico	Año	Mes	Día
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento	Fecha de diagnóstico	Año	Mes	Día
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento	Fecha de diagnóstico	Año	Mes	Día

**Complicaciones:** Sí  No **Descripción de complicaciones:** \_\_\_\_\_**Información adicional:** \_\_\_\_\_**Datos del hospital**

Nombre del hospital

Calle \_\_\_\_\_ Número exterior \_\_\_\_\_ Número interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tipo de estancia:** Urgencia  Hospitalaria  Corta estancia / Ambulatoria  Fecha de ingreso Año | Mes | Día**Datos del(los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Tipo de participación \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_ Cédula de especialidad o certificación \_\_\_\_\_ Presupuesto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Otro teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Tipo de participación \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_ Cédula de especialidad o certificación \_\_\_\_\_ Presupuesto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Otro teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

---

Lugar y fecha

---

Nombre y firma del médico tratante

