

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 <input type="checkbox"/>		
Ficha de identificación			
Nombre(s) del paciente			
Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre _____	
Fecha de nacimiento _____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad _____	Número de póliza _____
Año	Mes	Día	
Causa de atención: Accidente <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>			
¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿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

