

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MÉDICO

 REEMBOLSO

MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Boulevard Magno centro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)

Mpo. San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

INSTRUCCIONES:

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.

2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

No. PÓLIZA:

EDAD:

SEXO:

 F M

CAUSA DE ATENCIÓN:

 PREVENCIÓN EMBARAZO ENFERMEDAD ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD:

 SI NO ¿CUÁL? _____

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DE INICIO		
DÍA	MES	AÑO

CÓDIGO CIE-10

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO		
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 EL DIANÓSTICO)

