

Tipo de Informe

Programación de cirugía o tratamiento médico Reembolso

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 de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____
 Edad: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ No. de Póliza: _____
 Ocupación: _____

Tipo de Reclamación

Accidentes Personales Escolar <input type="checkbox"/>	Accidente Personal <input type="checkbox"/>
Referido por otro médico o unidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio	Antecedentes gineco-obstétricos
Antecedentes personales no patológicos	Antecedentes perinatales

Antecedentes Patológicos Traumáticos

Rodilla Tobillo Columna Fracturas

Otros (especificar): _____

Diagnósticos, tratamiento y fechas: _____

Padecimiento Actual

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA): _____	Fecha de primera consulta (DD/MM/AAAA): _____	Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA): _____
Principales signos y síntomas: _____		
No. de consultas auxiliares subsecuentes: _____		Fecha primeros estudios (DD/MM/AAAA): _____
Código CIE-10: _____	Descripción del diagnóstico	
Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica: _____		
Fecha de IQ (DD/MM/AAAA): _____		

Diagnóstico Postoperatorio

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

Evolución del padecimiento

1-30 Días

1-3 Meses

3-6 Meses

1-2 Años

Más de 2 años

Tipo de padecimiento

Congénito

Agudo

Crónico

Adquirido

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Sí

No

¿Cuál?

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

Talla _____ cm

Peso _____ kg

T/A _____ mm/Hg

FC: _____ x´

FR: _____ x´

T _____ C

Tratamiento

Código CPT4

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA):

Médicos que participaron:

Duración del tratamiento:

¿Hubo complicaciones?

Sí

No

Descripción de las complicaciones:

En caso de pérdidas orgánicas, especificar:

Programación de cirugía

¿Tiene convenio con la Aseguradora?

Sí

No

Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio:

Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento a Seguros Ve por Más S. A., Grupo Financiero Ve por Más y al Asegurado

Sí

No

Si la respuesta fue negativa, favor de indicar presupuesto:

Cirujano

\$

Anestesiólogo

\$

Ayudante

\$

Otros médicos

\$

Fecha exacta de la cirugía (DD/MM/AAAA):

Hospital en que se realizará:

En caso de Indemnización Diaria, indique fecha de inicio y terminación de Incapacidad y días de Incapacidad:

Inicio (DD/MM/AAAA):

Terminación (DD/MM/AAAA):

Días:

¿Existe algún antecedente Personal Patológico importante relacionado con el padecimiento reclamado?

Sí

No

En caso afirmativo, favor de detallar:

¿Toma o tomó algún medicamento?
En caso afirmativo, favor de detallarlo:

Sí No

Nombre y parentesco (en caso de que no sea el asegurado) de quien obtuvo la información:

Interconsultas, número y fechas (DD/MM/AAAA)

Observaciones:

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

En caso de reembolso por hospitalización

Nombre del hospital:

Ciudad y Estado:

Tipo de estancia

Urgencia

Hospitalaria

Corta Estancia / Ambulatoria

Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA):

Fecha de egreso (DD/MM/AAAA):

Fecha de intervención (DD/MM/AAAA):

Datos generales del médico tratante

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre(s):

Especialidad:

Teléfono:

Teléfono celular / radio:

Cédula Profesional:

R.F.C.

Cédula de Especialidad / Certificación:

Número Proveedor (en caso de pertenecer a red Ve por Más):

Email:

En caso de muerte, favor de indicar:

Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte:

Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte:

Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad o causa principal:

Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad o causa principal:

Estoy enterado y de acuerdo en recibir información de productos y coberturas de seguros en mi correo electrónico.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

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

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores.

Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más hacia con el Asegurado.

Cualquier copia fiel de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más con domicilio en Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, le recuerda que sus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de su interés. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, usted puede acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com

Nombre y Firma del Médico Tratante