BANORTE | SEGUROS

INFORME MÉDICO

TRATAMIENTO MÉDICO ☐ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA ☐ ☐ REEMBOLSO

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 INDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		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-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DIAGNÓSTICO 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 FISÍCA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO DÍA / MES / AÑO

¿HUBO COMPLICACIONES?	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
CUIDAD:	☐ URGENCIA ☐ HOSPITALARIA ☐ CORTA ESTANCIA/ AMBULATORIA	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD: _____ R.F.C. : _____ CELULAR: _____

CÉDULA PROFESIONAL _____ CÉDULA DE ESPECIALIDADO CERTIFICACIÓN _____

NÚMERO DE PROVEEDOR _____ E-MAIL _____

PRESUPUESTO

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO 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 BAJOMIRESPONSABILIDAD,YASIMISMOPOR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No 505, Piso 43, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., teléfono 01 800 627 2292, correo electrónico une@banorte.com o visite la página www segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, México D.F., teléfono 55 5340 0999 en el D.F. y del Interior de la República al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www. condusef.gob.mx

La Legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la Documentación Contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado de Gastos Médicos quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día **08 de julio de 2016**, con el número **CNSF-S0001-0641-2015**.