

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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRURGICO)									
	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO										
DÍA	MES	AÑO								

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
--	-------------------------------

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA: <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
CIUDAD:		DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

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

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

CEDULA PROFESIONAL: _____ CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN: _____

NÚMERO DE PROVEEDOR: _____ E-mail: _____

PRESUPUESTO

MONTO CONSULTA	\$ _____	MONTO 1er. AYUDANTE	\$ _____
MONTO CIRUJANO	\$ _____	MONTO 2do. AYUDANTE	\$ _____
MONTO ANESTESISTA	\$ _____	INTERCONSULTAS	\$ _____

ESPECIFICAR ESPECIALISTAS _____

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 así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en **www.mapfre.com.mx** (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico **actuacionetica@mapfre.com.mx**