

INFORME MÉDICO GASTOS MÉDICOS - PRIVATE CLIENT

Este formato debe de ser llenado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

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

TIPO DE TRÁMITE

Programación de Cirugía Tratamiento Médico y/o Quirúrgico NO Programado Reembolso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))

Fecha de nacimiento
Día/Mes/Año

Sexo

No. Póliza

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--	----------------------

Historia Clínica (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)

Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)

PADECIMIENTO ACTUAL

De acuerdo a la Evolución Natural de la Enfermedad, favor de indicar la fecha de Inicio de los primeros síntomas.

<input type="text"/>	Fecha (Día/Mes/Año)
----------------------	---------------------

Diagnóstico (s) Definitivo (s)

Fecha de Diagnóstico

<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Adquirido Agudo Crónico

Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? Sí No

¿Cuál?

Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo

“La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número [*] de fecha [*].”

TIPO DE TRATAMIENTO

Médico Quirúrgico Consultorio Ambulatorio Hospitalario

Descripción del (los) Tratamiento (s)

Fecha de Diagnóstico

¿Requirió ingreso a Terapia Intensiva? Sí No Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

Motivo de la estancia en UCI:

HOSPITAL Y/O CLÍNICA DE ATENCIÓN

Nombre

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	País
--------	--------	---------------	------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

DATOS DEL MÉDICO QUE PARTICIPÓ EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE YA SEA COMO TRATANTE (CIRUJANO) O INTERCONSULTANTE

Nombre del Médico (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)) Céd. Prof. Especialidad:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Médico Tratante <input type="radio"/> Interconsultante
----------------------	----------------------	----------------------	---

Teléfono (s) de Contacto (Consultorio, Móvil, Otro)			Correo electrónico	Presupuesto (Pesos Mexicanos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Acepto los Honorarios acordados con la aseguradora y me comprometo a no cobrar diferencias al asegurado, sabiendo de antemano, que cualquier diferencia de Honorarios Médicos o Quirúrgicos cobrada no le será reembolsada a este, por Pan-American México Compañía de Seguros, S.A. El tabulador de Honorarios será proporcionado en todo momento por el Médico Dictaminador y/o Funcionario Autorizado de la Aseguradora.

IMPORTANTE: El Presupuesto del médico, debe ser lo que usualmente cobra a un paciente particular por la atención médica y/o quirúrgica, y que esté dentro de lo que cobran los médicos de la misma especialidad en el lugar de la atención, además de ser un costo razonable tanto para el médico como para la Aseguradora. El presupuesto es solo considerando los Honorarios del Médico Tratante y/o Cirujano, el resto del equipo quirúrgico se ajustará de acuerdo a los porcentajes establecidos para estos, Anestesiólogo 30% y 1er. Ayudante 20% de lo cobrado por el Cirujano.

Acepto No Acepto:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre y Firma del Médico Tratante

Lugar y Fecha

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato, no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

"La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número [*] de fecha [*]."