

# Informe Médico

## INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y firmado autográficamente tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
4. Al firmar la información proporcionada por el Asegurado afectado y/o familiar, plasmada en el Informe Médico no será susceptible de cambios posteriores.

### Ficha de Identificación

Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad:	Edad	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Causa de Atención:	<input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Prevención		
Referido por otro Médico o Unidad:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	

### Historia Clínica –especificar tiempo de evolución–

#### Antecedentes Personales Patológicos –incluir fechas–

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos.  
Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

Cardiacos \_\_\_\_\_

Hipertensivos \_\_\_\_\_

Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_

VIH / SIDA \_\_\_\_\_

Cáncer \_\_\_\_\_

Hepáticos \_\_\_\_\_

Convulsivos \_\_\_\_\_

Cirugías \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Paciente niega antecedentes \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Personales No Patológicos

¿Fuma? -especificar la cantidad- \_\_\_\_\_

¿Consumo bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad- \_\_\_\_\_

¿Consumo o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y cantidad- \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? -describir- \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Paciente niega antecedentes \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca \_\_\_\_\_  Abortos \_\_\_\_\_

Gestas \_\_\_\_\_  DOC -fecha- \_\_\_\_\_

Partos \_\_\_\_\_  Otros \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_  Paciente niega antecedentes \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Perinatales.

### Padecimiento Actual

Fecha de inicio de síntomas:

día mes año

### Descripción del Diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico:

día mes año

Código CIE-10

Tipo de Padecimiento

Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?

Si  No ¿Cuál?

## Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico.

### Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento:

día mes año

### ¿Hubo Complicaciones?

### Descripción de las Complicaciones

Sí  No

Hospital

Tipo de estancia

Hospitalaria

Fecha de ingreso:

día mes año

Ciudad

Corta estancia /Ambulatoria

Urgencia

Fecha de egreso:

día mes año

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Especialidad:

R.F.C.:

Teléfonos:

Cédula Profesional:

Cédula de Especialidad o Certificación:

No. de Proveedor:

Correo electrónico:

### Presupuesto

### Detallar Interconsultantes:

Costo por Consulta: \$

Costo 1er Ayudante: \$

Costo por Cirujano: \$

Costo Interconsulta: \$

Costo por Anestesiólogo: \$

### Nota:

La información asentada en este documento es proporcionada de acuerdo a la evaluación médica que he brindado al paciente 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.

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, el cobro de las primas, el pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx) y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

### Lugar y Fecha

Nombre y Firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y Firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

[serviciosseguro@planseguro.com.mx](mailto:serviciosseguro@planseguro.com.mx)



Plan seguro sigue innovando para ti, te recordamos que todos los pagos se realizan vía transferencia electrónica. ¡Es más práctico y seguro!

