MediAccess®
Seguros de Salud

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo Ruíz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B
Col. Jardines del Pedregal, del. Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX..

INFORME MÉDICO

- ◯ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
- ◯ TRATAMIENTO MÉDICO
- ◯ REEMBOLSO

Instrucciónes de llenado:
.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, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente	Fecha de Identificación	Edad	Sexo
			F M

Causa de atención
◯ Prevención ◯ Embarazo ◯ Enfermedad ◯ Accidente

Referido por otro médico o unidad
◯ Sí ◯ 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 de Inicio
día mes año

Código CIE-10	Descripción del diagnóstico

Fecha de Inicio
día mes año

Tipo de Padecimiento ◯ Congénito ◯ Adquirido ◯ Agudo ◯ Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o Accidente? ◯ Sí ◯ No ¿Cuál?_____

Resultado de exploración Física y de los estudios realizados
(anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico).

Fecha y Firma del médico tratante

TRATAMIENTO

Código CPT-4	Descripción de tratamiento
	Fecha de Inicio día mes año

¿Hubo complicaciones?	Descripción de complicaciones
☐ Sí ☐ No	

Observaciones

Nombre del Hospital	Tipo de estancia	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Ciudad	☐ 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 especialidad o certificación: _____

Número de proveedor: _____ E-mail: _____

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a MediAccess seguros de salud todos los informes que se refieran a la salud todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. para tal efecto relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.
Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este documento fue tomada directamente del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Aviso: se le informa al médico tratante que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía aseguradora.

Lugar y Fecha	Firma del Médico Tratante