



ace seguros

Edificio Arcos Oriente Bosques de Alisos 47 A Piso 1  
Bosques de las Lomas 05120, México, D.F.  
Tel. (52) 52 58 58 00 Fax (52) 52 58 58 99 (52) 52 59 65 85

### INFORME MEDICO

FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Motivo de la Consulta: ACC. ( ) ENF. ( ) EMBARAZO ( ) OTRO ( )

1.- Fecha en que atendió por vez primera al paciente con motivo de este u otros padecimientos: \_\_\_\_\_

2.- Fecha en que el paciente sufrió la lesión o en la que los primeros signos y síntomas se hicieron aparentes: \_\_\_\_\_

3.- ¿Sabe usted si su paciente cuenta con antecedentes de alguna otra enfermedad?

SI ( ) NO ( ). ( En caso afirmativo) Consigne diagnosticos, tipos de tratamientos y fechas de los mismos: \_\_\_\_\_

4.- El padecimiento, motivo de la consulta es:

Adquirido: \_\_\_\_\_ Congenito: \_\_\_\_\_ Genetico: \_\_\_\_\_

¿ Es Cáncer ? SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

¿Que Evolución tiene ? \_\_\_\_\_

#### EXPLORACION FISICA

Describe los datos positivos relacionados al padecimiento: \_\_\_\_\_

#### DIAGNOSTICO (S)

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS AUXILIARES QUE LE PERMITIERON ESTABLECER EL DIAGNOSTICO

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_



ace seguros

Edificio Arcos Oriente Bosques de Alisos 47 A Piso 1  
Bosques de las Lomas 05120, México, D.F.  
Tel: (52) 52 58 58 00 Fax: (52) 52 58 58 99 (52) 52 59 65 85

## INFORME MEDICO

### TRATAMIENTO

Plan de Tratamiento:

Indique el nombre de la cirugía realizada ó la cirugía que esta programando: \_\_\_\_\_

Fecha de realizada la cirugía o en la que se realizara: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Indique el nombre del hospital en donde se interno o se internará el paciente: \_\_\_\_\_

Indique fecha de ingreso y alta hospitalaria del paciente: del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_

### INCAPACIDAD

Mencione usted, si el paciente por su padecimiento requiere de incapacidad temporal ó definitiva: \_\_\_\_\_

Mencione a partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad y en que fecha se integra a sus actividades habituales: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL (OS) MEDICO (OS) TRATANTE (S)

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Radiolocalizador: \_\_\_\_\_

Radiolocalizador: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Radiolocalizador: \_\_\_\_\_

Radiolocalizador: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

**AVISO:** Sé le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la compañía.