



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: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Radiolocalizador: _____

E-mail: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Radiolocalizador: _____

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.