

**INSTRUCCIONES**

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.

2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

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

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		No. PÓLIZA	EDAD	SEXO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="radio"/> PREVENCIÓN <input type="radio"/> EMBARAZO <input type="radio"/> ENFERMEDAD <input type="radio"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO    ¿CUÁL?		

**HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)**

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

**PADECIMIENTO ACTUAL**

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

		FECHA INICIO
CODIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	
		FECHA DIAGNÓSTICO

**TIPO DE PADECIMIENTO**
 CONGÉNITO     ADQUIRIDO     AGUDO     CRÓNICO

 ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?  SI     NO    ¿CUÁL?

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO)

--

TRATAMIENTO			
CODIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRURGICO)		
			FECHA INICIO
¿HUBO COMPLICACIONES?  SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OSERVACIONES			
<b>NOMBRE DEL HOSPITAL:</b>	<b>TIPO DE ESTANCIA:</b>	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	<b>FECHA DE EGRESO:</b>
<b>CIUDAD:</b>	<input type="radio"/> URGENCIA <input type="radio"/> HOSPITALARIA <input type="radio"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA		
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:	
ESPECIALIDAD:	R.F.C.:	N°. CELULAR:	
CEDULA PROFESIONAL:	CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN:		
NÚMERO DE PROVEEDOR:	E-mail:		
PRESUPUESTO			
MONTO CONSULTA	\$	MONTO 1er. AYUDANTE	\$
MONTO CIRUJANO	\$	MONTO 2do. AYUDANTE	\$
MONTO ANESTESISTA	\$	INTERCONSULTAS	\$
ESPECIFICAR ESPECIALISTAS			

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y 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.

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

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

**DENUNCIA ANÓNIMA:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en [www.mapfre.com.mx](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)