# Informe Médico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de Identificación** | | | | |
| Apellidos del Paciente | Nombre(s) del Paciente | | Edad | Sexo  F M |
| Causas de Atención  Embarazo Enfermedad Accidente | | Referido por otro Médico Sí No ¿Cuál? | | |

Ocupación

|  |  |
| --- | --- |
| **Historia Clínica (importante especificar el tiempo de evolución)** | |
| **Antecedentes Personales Patológicos** | **Antecedentes Personales No Patológicos** |
| **Antecedentes Gineco-Obstétricos** | **Antecedentes Perinatales** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Padecimiento Actual** | | |
| Signos y síntomas  En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos. | | Fecha de Inicio  Día Mes Año |
| Código CIE 10 | Diagnóstico | Fecha de Inicio  Día Mes Año |

Tipo de Padecimiento

Congénito Adquirido Agudo Crónico

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

Sí No ¿Cúal?

Estudios de laboratorio y gabinete practicados

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tratamiento** | | |
| Código CTP-4 | Tratamiento | Fecha de Inicio  Día Mes Año |

Complicaciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Incapacidad** | | |
| Tipo de Incapacidad Temporal Permanente | Fecha de Inicio  Día Mes Año | Fecha de Término  Día Mes Año |

Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación Día Mes Año

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospitalización** | | | | |
| Nombre del Hospital | Fecha y Hora de Ingreso Día Mes Año | Hora | : | Minutos |
| Fecha y Hora de Ingreso Día Mes Año | Hora | : | Minutos |

**Datos Generales del Médico Tratante**

Apellido Paterno, Materno y Nombre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialidad | | R.F.C |
| Cédula Profesional | | Teléfono |
| Celular | E-mail | |

**Nota:** Bajo protesta de decir la 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.

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 O ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**Firma del Médico Tratante Lugar y Fecha**

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección [www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)