

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas y espacios sin respuestas.
3. Este documento no será válido con tachaduras.

- Programación de cirugía  
 Pago Directo  
 Reembolso

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Apellido paterno, materno y nombre del paciente:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causa de atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	

## HISTORIA CLÍNICA

(Especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos:	Antecedentes personales no patológicos:
Antecedentes gineco-obstétricos:	Antecedentes personales (si es necesario):

## PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas:

Fecha de Inicio  
DD MM AA

Código ICD-10	Descripción del diagnóstico:

Fecha de diagnóstico  
DD MM AA

Tipo de Padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidentes?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):

## TRATAMIENTO

<b>Código CPT-4</b>	<b>Descripción del tratamiento:</b>          <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <b>Fecha de Inicio</b>  DD    MM    AA                                        </div>		
<b>¿Hubo complicaciones?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Descripción de complicaciones:</b>          		
<b>Observaciones:</b>          			
<b>Nombre del Hospital:</b>  <b>Ciudad:</b>	<b>Tipo de estancia</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulancia	<b>Fecha de ingreso</b> DD    MM    AA                         	<b>Fecha de egreso</b> DD    MM    AA                         

## 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: _____
Nombre de proveedor: _____	E-mail: _____
Presupuesto: _____          	

**Nota:** Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente a que otorguen a la Compañía, todos los informes que se refieren a la salud del mismo inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original y que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

Para cualquier aclaración ponemos a tu disposición nuestro Centro de Contacto 01800 500 2500 y el correo electrónico [quejas\\_segurosbanorte@banorte.com](mailto:quejas_segurosbanorte@banorte.com)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante