

### INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y si se requiere de alguna corrección, esta deberá estar debidamente documentada.

### DATOS DEL PACIENTE / ASEGURADO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

EDAD

GÉNERO

### TIPO DE RECLAMACIÓN

Embarazo ☐

Enfermedad ☐

Accidente ☐

Referido por otro médico u hospital SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO

Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Antecedentes personales no patológicos: \_\_\_\_\_

Antecedentes Gineco-Obstétricos: \_\_\_\_\_

Antecedentes perinatales: \_\_\_\_\_

### RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Talla: \_\_\_\_\_ cms. Peso: \_\_\_\_\_ Kg. T/A: \_\_\_\_\_ mm/Hg FC: \_\_\_\_\_ x' FR: \_\_\_\_\_ x' T \_\_\_\_\_ C

Estudios de laboratorio y gabinete practicados: \_\_\_\_\_

Resultados de estudios que sustentan el diagnóstico: \_\_\_\_\_

### PADECIMIENTO ACTUAL

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

Principales signos y síntomas: \_\_\_\_\_

**CÓDIGO CIE-10**

Fecha de inicio:

DD

MM

AAAA

Fecha de diagnóstico:

DD

MM

AAAA

Descripción del diagnóstico: \_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO**

Evolución del padecimiento: ☐ 1 - 30 Días ☐ 1 - 3 meses ☐ 3 - 6 meses ☐ 1 - 2 años ☐ +2 años

Tipo de padecimiento: ☐ Congénito ☐ Agudo ☐ Adquirido

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MÉDICO**

CÓDIGO CPT: \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

Médicos que participaron: \_\_\_\_\_

Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones? ☐ SI ☐ NO Descripción de las complicaciones: \_\_\_\_\_

**INTERCONSULTAS**

**NÚMERO**

**FECHAS**

**OBSERVACIONES**

**EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN**

NOMBRE DE HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD Y ESTADO: \_\_\_\_\_

Tipo de estancia: ☐ Urgencias ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/ambulatoria ☐ Otros ☐

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE INTERVENCIÓN \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

ESPECIALIDAD

CÉDULA PROFESIONAL

CÉDULA DE ESPECIALIDAD/CERTIFICACIÓN

NO. DE PROVEEDOR

RFC (CON HOMOCLOVE)

TELÉFONO

CÉLULAR

CORREO ELECTRÓNICO

**PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA**

¿Tiene convenio con la Aseguradora? SI ☐ NO ☐ Si la respuesta fue afirmativa, indique el número de convenio \_\_\_\_\_  
Acepto los tabuladores relevando de cualquier pago complementario por este padecimiento de Quálitas Salud, S.A. y al Asegurado, de lo contrario favor de indicar presupuesto.

CIRUJANO	AYUDANTE	ANESTESIÓLOGO	TRATAMIENTO MÉDICO
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Fecha exacta de la cirugía: DD \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AAAA Hospital en que se realizará: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO**

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el Diagnóstico? (anexar estudios y resultados)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LUGAR**

\_\_\_\_\_

**FECHA**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA ASEGURADO AFECTADO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE**