

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>											
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="text-align: center;">AA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>			Fecha de Inicio			DD	MM	AA			
Fecha de Inicio												
DD	MM	AA										
<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>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 									
<b>Ciudad:</b>												

## 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:** Banco Mercantil del Norte, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero Banorte, Av. Revolución 3000 Sur, Col. Primavera, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64830, 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 Atención (CAT) 01 800 201 6764.

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

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