

INSTRUCCIONES:

- Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y con firma autógrafa tanto por el Médico Tratante como por el Asegurado afectado y/o familiar que proporcione la información al Médico Tratante.
- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
- La información plasmada en este informe médico, no será susceptible de cambios posteriores, una vez firmado por el Asegurado afectado y/o familiar responsable.

Ficha de identificación

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Edad: Edad Sexo: Masculino Femenino

Causa de Atención: Enfermedad Accidente Embarazo Prevención

Referido por otro Médico o Unidad: Sí No ¿Cuál?

Historia Clínica –especificar tiempo de evolución–

Antecedentes Personales Patológicos –incluir fechas–

Describe Diagnósticos y Tratamientos Médico-Quirúrgicos recibidos.
Aún cuando no tengan relación al padecimiento actual.

Cardíacos

Hipertensivos

Diabetes Mellitus

VIH / SIDA

Cáncer

Hepáticos

Convulsivos

Cirugías

Otros:

Paciente niega antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

¿Fuma? -especificar la cantidad-

¿Consume bebidas alcohólicas? -especificar tipo y cantidad-

¿Consume o ha consumido algún tipo de Droga? -especificar tipo y cantidad-

¿Ha sufrido pérdida intencional de peso? -describir-

Otros:

Paciente niega antecedentes

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca Abortos

Gestas DOC -fecha-

Partos Otros

Cesárea Paciente niega antecedentes

Antecedentes Perinatales.

Padecimiento actual

Fecha de inicio de síntomas:

día mes año

Descripción del diagnóstico definitivo y etiológico

Fecha de diagnóstico:

día mes año

Código CIE-10

Tipo de Padecimiento

Congénito Adquirido Agudo Crónico

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

Sí No ¿Cuál?

Tratamiento

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados, debe anexar interpretaciones que confirmen el diagnóstico.

Descripción del Tratamiento

Fecha de inicio de tratamiento:

día	mes	año
-----	-----	-----

¿Hubo Complicaciones?

Descripción de las Complicaciones

Sí
 No

Hospital

Tipo de estancia

Hospitalaria

Fecha de ingreso:

día	mes	año
-----	-----	-----

Ciudad

Corta estancia / Ambulatoria

Urgencia

Fecha de egreso:

día	mes	año
-----	-----	-----

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Especialidad:

RFC:

Teléfonos:

Cédula Profesional:

Cédula de Especialidad o Certificación:

Presupuesto

Detallar Interconsultantes:

Costo por Consulta	Monto	Nombre del Ayudante:	Monto
Nombre del Cirujano:			
Nombre del Anestesiólogo:		Médicos Interconsultantes:	

Nota:

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como **Plan Seguro**, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, y portal de internet www.planseguro.com.mx, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente: Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia en materia de anticorrupción; Realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrece; Cotización de productos y servicios; Elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; Llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; Verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: Mercadotecnia o publicitaria; Prospección comercial. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines secundarios, desde este momento usted nos puede comunicar lo anterior a través del siguiente mecanismo: Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO, ponemos a su disposición el siguiente medio: Nuestro portal de internet: www.planseguro.com.mx, oficinas y módulos de Plan Seguro. La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en: www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial. **Plan Seguro** S.A de C.V, Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma autógrafa del Médico Tratante

Nombre y Firma autógrafa del Asegurado y/o familiar responsable

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx
 servicioseguro@planseguro.com.mx

