

Informe médico

Ficha de identificación			
Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causas de Atención	Referido por otro médico		
<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		

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 <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Estudios de laboratorio y gabinete practicados		

Informe médico

Tratamiento		
Código CPT-4	Tratamiento	Fecha de inicio
Complicaciones		Día Mes Año

Incapacidad		
Tipo de incapacidad	Fecha de inicio	Fecha de término
<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	Día Mes Año	Día Mes Año
Fecha de inicio de terapias de rehabilitación		
Día Mes Año		

Hospitalización		
Nombre del hospital	Fecha y hora de ingreso	Hora Minutos
	Día Mes Año	:
Dirección	Fecha y hora de egreso	Hora Minutos
	Día Mes Año	:

Datos generales del médico tratante		
Apellido Paterno, Materno y Nombre		
Especialidad	R.F.C.	
Código 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 Capital Reforma, Torre Niza, Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Delegación Cuauhtémoc C.P. 06600 en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se generen o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y evaluar la calidad de servicio. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Completo en la siguiente dirección www.chubb.com/mx