

Formulario de Informe Médico

Instrucciones

1. Este formulario debe ser llenado, firmado y sellado por el médico tratante en todas sus partes, con letra imprenta y legible.
2. No será válido con tachones o borrones y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Parte I - Información del Paciente

Nombre Completo del Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Nro. De Identificación _____ Sexo ☐ M ☐ F

Causa de la Atención ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Otro _____

Fue referido por otro médico ☐ Sí ☐ No Nombre: _____

Parte II – Historia Clínica (favor especificar el tiempo de evolución si aplica)

Antecedentes Personales Patológicos _____

Antecedentes Personales No Patológicos _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos _____

Antecedentes Perinatales _____

Parte III – Padecimiento Actual

1. Signos y Síntomas _____

2. Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta condición ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

3. Diagnóstico _____ ICD _____

Diagnóstico _____ ICD _____

Diagnóstico _____ ICD _____

4. Fecha en que se realizó el diagnóstico ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

5. Tipo de Padecimiento ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

6. Está relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

7. Estudios que se ordenaron que apoyen el diagnóstico

8. Favor detallar el tratamiento realizado

Fecha de inicio ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Código CPT _____ Descripción del Procedimiento _____

Código CPT _____ Descripción del Procedimiento _____

Código CPT _____ Descripción del Procedimiento _____

9. Se presentó alguna complicación? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, favor descríbala _____

10. En caso de Hospitalización, indique nombre del Hospital _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hora: _____ am / pm

Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hora: _____ am / pm

11. En caso de Incapacidad, indicar el tipo: ☐ Temporal ☐ Permanente

Desde ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hasta ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

12. En caso de Accidente, indique el mecanismo de lesión _____

Parte IV – Declaración del Médico Tratante

Nombre Completo _____

Especialidad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Certifico que la información médica suministrada por mí en este formulario es veraz, exacta y corresponde a los servicios profesionales prestados a este paciente.

Declaro que cuento con la autorización previa, expresa e informada del titular de los datos para suministrar y transmitir a Chubb Seguros Panamá, S.A. la información médica aquí contenida, para efectos de evaluación, verificación y pago del reclamo correspondiente.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Sello del Médico y Número de Registro Médico