

**BBVA Bancomer Seguros Salud S.A. de C.V.,
Grupo Financiero BBVA Bancomer**

a quien en lo sucesivo se le denominará **“LA ASEGURADORA”**

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante, con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
4. Recuerda que la vigencia de este documento es de 6 meses a partir de la firma del médico tratante.

Nombre del Asegurado Afectado (Paciente)	Edad	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo de Evento <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		
Información Clínica. Describa brevemente y de manera clara la información solicitada. Enfermedad específica y tiempo de evolución: Mencione las cirugías realizadas: Indique el motivo de hospitalización (no quirúrgica):		
APP. Antecedentes Personales Patológicos.		

Nota: En caso de que aplique, ingrese la siguiente información.

AGO. Antecedentes Gineco-Obstétricos.

Sí	No	Descripción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUM. Fecha de última regla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazos. Cantidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aborto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cesárea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro

AP. Atención Perinatales.

DIAGNÓSTICO (S)

Etiología del padecimiento

Fechas de padecimiento

Primeros Síntomas

Tiempo de Evolución

Primera Consulta

Fecha diagnóstico

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

Evolución y estado actual del padecimiento

Congénito

Crónico

¿Tiene relación con otro padecimiento?

Adquirido

Agudo

Sí No ¿Cuál?

No aplica

¿El padecimiento actual es secundario a alguna otra patología? Sí No Especifique:

Resultados de la exploración física

Describe los estudios de laboratorio o gabinete que confirmen o descarten el padecimiento actual.

TRATAMIENTO. Descripción del tratamiento médico o quirúrgico.		Fecha de inicio	<input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	
¿Hubo complicaciones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
Sitio de atención (nombre del hospital, clínica, etc.)		Fecha:		
		Ingreso	Egreso	
		<input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	<input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	
Tipo de estancia: Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatorio <input type="checkbox"/>				
Se solicitó interconsulta a otra especialidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál y por qué?				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Apellido Paterno / Materno / Nombre(s) :				
RFC		Especialidad		Cédula profesional / Certificación
Correo electrónico (dato obligatorio)		Teléfono fijo		Celular
Monto del procedimiento médico / quirúrgico:	¿Eres médico de la red?	¿Te gustaría pertenecer a la red?	¿Te ajustas a tabulador?	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que ha brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado , y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA", Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", todos los informes que se refieran a la salud del Paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes, a admitir la validez en la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza..

BBVA Bancomer Seguros Salud S.A de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Avenida Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en www.bbva.mx

Nombre y firma del Médico Tratante

Lugar y fecha