Plan Seguro
LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD

FA

# FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

DM-AAE-04

INSTRUCCIONES:

1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.

2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.

3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO. LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVAN CONFORME A LA PÓLIZA

4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA RECLAMACION

☐ REEMBOLSO ☐ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA-TRATAMIENTO ☐ PAGO - DIRECTO

TIPO DE RECLAMACIÓN

☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD

N°. PÓLIZA

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE

R.F.C Ó C.U.R.P.

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

R.F.C. Ó C.U.R.P.

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO

N°. CERTIFICADO DEL AFECTADO ____ FECHA DE ALTA DIA | MES | AÑO NACIONALIDAD ____

FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO SEXO PARENTESCO CON EL TITULAR CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO DE CONTACTO CLAVE LADA ( )

DOMICILIO/CALLE N°. EXTERIOR N°. INTERIOR COLONIA

C.P. ESTADO DELEGACIÓN OCUPACIÓN Ó PROFESIÓN LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA GIRO DE LA EMPRESA

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑIA?____SI____NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE N° DE SINIESTRO ____

COMPAÑÍA ____ FECHA DE ALTA DIA | MES | AÑO

¿ ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO ____ SI ____ NO COMPAÑÍA____

TIPO DE RECLAMACIÓN:____ INICIAL ____COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ ____

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

DIA | MES | AÑO

FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD

DIA | MES | AÑO

INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN ____

SI ES ACCIDENTE DETALLESE ¿COMO Y DONDE FUE? ____

AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) ____

EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿ CUENTA CON SEGURO DE AUTOMOVIL? ____SI ____NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ____

COBERTURA ____ SUMA ASEGURADA ____ N° DE PÓLIZA ____ COMPAÑÍA DEL TERCERO ____

HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO ____ ESTUVO HOSPITALIZADO____SI NO____ DÍAS DE ESTANCIA ____

¿ QUE ESTUDIOS SE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y / O TRATAMIENTO?____

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE____ ESPECIALIDAD ____

DIRECCION____ TEL T/ O E-MAIL ____

¿MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?____ CAUSA Y FECHA ____ DIA | MES | AÑO

TEL T/ O E-MAIL ____

DOCUMENTOS A PRESENTAR

1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA DE LA INSTITUCIÓN ( EN CASO DE ACCIDENTE).
2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICO O DE GABINETE.
3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES ( QUEDARÁN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA ETC.
5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁ LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.

NOTAS

SE LES INFORMA QUE LA INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN PROPORCIONADA EN EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, RELEVA DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN

AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, SANATORIOS Y CLINICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA ESTUDIO, DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESION PARA QUE PROPORCIONE TODA LA INFORMACION QUE SE REQUIERA TALES COMO RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, HISTORIA CLINICA COMPLETA, INDICACIONES MEDICAS Y TODO AQUELLO QUE PUEDA SER UTIL PARA LA EVALUACION CORRECTA DE MI RECLAMACION, EN RELACION A LO ANTERIOR RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y DEL SECRETO MEDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACION, ASI MISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO POLIZAS PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO PARA LA CORRECTA EVALUACION DE MI RECLAMACION.

____
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

____
NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

FECHA DIA | MES | AÑO LUGAR____

Plan Seguro

LA PRIMERA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SALUD

DM-IM-04

# INFORME MÉDICO

☐ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA ☐ TRATAMIENTO MEDICO ☐ REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

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, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD

SEXO F M

CAUSA DE ATENCION

☐ PREVENCIÓN ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD

☐ SI ☐ NO ¿ CUAL ? _____

## HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

| ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS | ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS |
|---|---|
| | |

| ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS | ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO) |
|---|---|
| | |

## PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DE INICIO

DIA | MES | AÑO

| CÓDIGO CIE-10 | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO: |
|---|---|
| | |

FECHA DE INICIO

DIA | MES | AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO ☐ CONGÉNITO ☐ ADQUIRIDO ☐ AGUDO ☐ CRÓNICO

¿ SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE? ☐ SI ☐ NO ¿ CUAL ? _____

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

## TRATAMIENTO

| CÓDIGO CPT - 4 | DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO |
|---|---|
| | FECHA DE INICIO<br>DIA / MES / AÑO |
| ¿HUBO COMPLICACIONES?<br>☐ SI ☐ NO | DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES |

OBSERVACIONES:

| NOMBRE DEL HOSPITAL | FECHA ESTANCIA | FECHA DE INGRESO | FECHA DE EGRESO |
|---|---|---|---|
| CIUDAD | ☐ URGENCIA<br>☐ HOSPITALARIA<br>☐ CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA | DIA / MES / AÑO | DIA / MES / AÑO |

## DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO | | TELÉFONO |
|---|---|---|
| ESPECIALIDAD | R.F.C. | CELULAR |
| CÉDULA PROFESIONAL | CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN | |
| NÚMERO DE PROVEEDOR | E-MAIL | |

PRESUPUESTO

NOTA: LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MEDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASÍ MISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE