



SEGUROS
NOVA

INFORME MEDICO

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

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres			Apellido Paterno		Apellido Materno	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento			Actividad, Ocupación o Profesión			
Día	Mes	Año	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Edad			Género			
<input type="text"/>			M <input type="radio"/>		F <input type="radio"/>	

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente Día _____ Mes _____ Año _____ Hora (hh:mm)

Fecha de 1er consulta Día _____ Mes _____ Año _____

¿ Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Si No ¿Cuál? _____

MECANISMO DE LESIÓN

DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓN DE LESIONES / HALLAZGOS

[Empty rounded rectangular box for description of lesions or findings]

TRATAMIENTO

[Empty rounded rectangular box for treatment description]

Descripción de estudios de gabinete y análisis que confirme el diagnóstico:

[Empty rounded rectangular box for description of imaging and lab studies]

Fecha calculada del término del Tratamiento

Día _____ Mes _____ Año _____

ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA

COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Servicios:	_____
Nombre del Hospital:	_____
Ciudad:	_____
Honorarios Médicos	_____

TIPO DE ESTANCIA

Urgencia	_____
Corta Estancia / Ambulatoria	_____
Hospitalaria	_____

FECHA DE INGRESO

Día _____ Mes _____ Año _____

FECHA DE EGRESO

Día _____ Mes _____ Año _____

INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere Incapacidad Temporal o Definitiva?

--

A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad

Día _____ Mes _____ Año _____

eEn que fecha se integrará a sus actividades habituales

Día _____ Mes _____ Año _____

MEDICO TRATANTE

Nombre Completo

RFC

Cédula Profesional

Cédula Especialidad

Télefono

Lugar y Fecha

RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre Completo

RFC

No de Identificación Oficial

Télefono

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE