

MUY IMPORTANTE:

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Plenit Compañía de Seguros S.A. de C.V., no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza. Este formulario aplica para todos los productos de Plenit Compañía de Seguros S.A. de C.V.

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe ser llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante con letra de molde legible.
2. Le suplicamos NO dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento NO se acepta con tachaduras ni enmendaduras.
4. De lo declarado NO se aceptan cambios ni modificaciones posteriores.
5. Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico, puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el asegurado.

TIPO INFORME

- ☐ Reporte hospitalario ☐ Programación de cirugía o tratamiento médico ☐ Programación de servicios

TRÁMITE

- ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Indemnización

Nombre (s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Correo electrónico: _____ Teléfono(s): _____
Día Mes Año

4.1 Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio:

Fecha de inicio de padecimiento: _____ Tiempo de evolución: _____
Día Mes Año

4.2 Antecedentes personales no patológicos: (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):

Otros: _____ ¿Qué? _____

Frecuencia: _____ Cantidad: _____ ¿Desde cuándo? _____

4.3 Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Gestación: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Última menstruación: _____ Especificar si recibió tratamiento de fertilidad: _____ Tiempo de evolución: _____
Día Mes Año

4.4 Antecedentes perinatales: (evolución, complicaciones, tratamientos)

Fecha de inicio de padecimiento:

Tiempo de evolución:

Día

Mes

Año

PADECIMIENTO ACTUAL

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio de padecimiento:

Fecha de diagnóstico:

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

5.1 Descripción del diagnóstico definitivo

Tipo de padecimiento:

¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento?

¿Cuál?

☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

☐ Si ☐ No

Describe los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:

En caso de accidente describa como y cuando ocurrió, si se trata de enfermedad grave la causa o etiología:

5.2 Resultados de exploración física del paciente

Talla

Peso

T/A

FC

FR

TC

Resultados de exploración física:

cm

kg

mm/Hg

x'

x'

°C

TRATAMIENTO

Fecha de inicio: Duración del tratamiento:

Día Mes Año

Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica:

¿Hubo complicaciones? Fecha de inicio: Describe complicaciones:

☐ Si ☐ No _____ _____

Día Mes Año

¿Se realizó estudio histopatológico? Fecha de inicio: Describe el resultado del estudio:

☐ Si ☐ No _____ _____

Día Mes Año

Tratamiento posterior o programación de servicios (Rehabilitación, estudios, medicamentos, terapias, otros):

DATOS DEL HOSPITAL EN CASO DE INTERNAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nombre del hospital:

Ciudad y Estado:

Tipo de servicio hospitalario: Fecha de ingreso: Fecha de intervención: Fecha de egreso:

☐ Urgencia ☐ Hospitalario ☐ Corta estancia / ambulatoria _____ _____ _____

Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO TRATANTE Y PARTICIPANTES

MÉDICO 1:

Nombre completo:

Especialidad: Cédula Profesional:



Cédula Especialidad:

RFC a facturar:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Presupuesto:

Tipo de participación:

Otro:

☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudante

MÉDICO 2:

Nombre completo:

Especialidad:

Cédula Profesional:

Cédula Especialidad:

RFC a facturar:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Presupuesto:

Tipo de participación:

Otro:

☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudante

AYUDANTE 1:

Nombre completo:

Tipo de participación:

AYUDANTE 2:

Nombre completo:

Tipo de participación:

OTRO:

Nombre completo:

Tipo de participación:

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares. Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente, a que proporcionen a Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores y hago constar que una copia fotostática o digitalizada de este Informe Médico, tiene el mismo valor que el original. Asimismo, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad, y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico invalidará toda responsabilidad de Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

AVISO DE PRIVACIDAD

Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (PLENIT) con domicilio ubicado en Calle 29 Sur 127, La Paz, 72160 Puebla, Puebla en su carácter de responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable. Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en <http://www.plenit.mx>

TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a PLENIT para compartir con su agente o intermediario de seguros los datos a que se refiere este informe médico para su seguimiento oportuno.

Firma del asegurado:

- ☐ Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles.
- ☐ No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles.

Lugar y Fecha:

Nombre y Firma del Médico Tratante
