



### INFORME MÉDICO

#### Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

#### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Género F  M  Edad \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_  
 Actividad, ocupación o profesión \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Hora/minutos \_\_\_\_\_  
 Fecha 1er consulta (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
 ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si  No   
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### MECANISMO DE LESIÓN

Cuadro clínico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### TRATAMIENTO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ESTUDIOS REALIZADOS

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ATENCIÓNES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Honorarios médicos \$ \_\_\_\_\_

## TIPO DE ESTANCIA

Urgencia  Corta estancia ambulatoria  Hospitalaria  Hospital donde se atendió \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Fecha de egreso (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva? \_\_\_\_\_

¿A partir de qué fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## MÉDICO TRATANTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

No. de cédula profesional \_\_\_\_\_ No. de cédula especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ No. de identificación oficial \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.

El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable del paciente

