

<input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO MÉDICO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO
--------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------

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

No. DE PÓLIZA	No. DE CERTIFICADO	LUGAR	FECHA DÍA MES AÑO
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	

HISTORIA CLÍNICA (Especificar tiempo de evolución)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERSONALES PERINATALES (SI es necesario)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS		FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO	¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	
RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Anexar interpretaciones que confirmen Diagnóstico)		

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO		
		DÍA	MES	AÑO
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES			
OBSERVACIONES				

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD
TIPO DE ESTANCIA: <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO FECHA DE EGRESO
	DÍA MES AÑO DÍA 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	
No. DE PROVEEDOR	E-MAIL	

PRESUPUESTO MÉDICO

Como médico tratante 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 puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el asegurado.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE
---------------	---------------------------

Aviso de Privacidad de Datos Personales
VITAMÉDICA

Vitamédica, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Xola No. 535, piso 17, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F., le avisa que de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, sus datos personales, los cuales pueden incluir datos sensibles, recabados con motivo de la relación jurídica que tiene celebrada con esta empresa, o que en su caso, se celebre, los que se obtengan a través de terceros y aquellos que generamos, con motivo de los servicios prestados por esta Institución, se tratarán para identificación, operación, administración y comercialización de productos.

Sus datos personales, los cuales pueden incluir datos sensibles, no serán transferidos a terceros, para fines distintos a los antes mencionados, salvaguardando la privacidad de los mismos.

Usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales solicitando su registro para ello en cualquiera de nuestras oficinas de servicio ubicadas en el D.F., Área Metropolitana, Interior de la República o en el Registro Único de Usuarios (REUS).

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrá efectuarse por escrito en cualquiera de nuestras oficinas de servicio antes mencionadas, a partir del 6 de enero de 2012, de acuerdo con el precitado ordenamiento.

La revocación del consentimiento sobre el tratamiento de sus datos personales, cuando resulte procedente, podrá solicitarlo por escrito en nuestras oficinas de servicio mencionadas anteriormente.

El cambio del presente aviso podrá efectuarse por esta Institución cuando ello se requiera y se hará de su conocimiento a través de formatos visuales, colocados en las precitadas oficinas y de manera digital en la página www.vitamédica.com.mx