


 <b>PROCURADURÍA AGRARIA</b> Secretaría General Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto Dirección de Organización DOCUMENTO NORMATIVO FECHA: ABRIL DE 2004	<b>Catálogo de Formatos</b>	No. de Documento
		SG-DGPOP-DO-IO-002
		REVISIÓN:
		HOJA 16/74

<b>Nombre del Formato:</b>	Declaración del médico tratante.
<b>Número del Formato:</b>	
<b>Unidad Administrativa Responsable:</b>	Dirección de Personal. Subdirección de Prestaciones
<b>Usuario:</b>	

Especificaciones		Utilización
<b>Tamaño:</b>	Carta	Es utilizada para la reclamación a través del sistema de reembolso ante la aseguradora MetLife sobre los gastos erogados por servicios hospitalarios y/o médicos.
<b>Dimensiones:</b>	21.6 X 27.9	
<b>Color de papel:</b>	Blanco	
<b>Color de la tinta:</b>	Negro	
<b>Número de copias:</b>		
<b>Otras:</b>		

Muestra	
Anverso	Reverso



**Aseguradora Hidalgo**  
Institución Nacional de Seguros

**DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE**

NOTA: ES IMPORTANTE CUMPLIR TODAS LAS PREGUNTAS SIN CONTESTARLAS Y CUMPLIR SE DE UNA INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA.

**PARTE I**

NOMBRE DEL PACIENTE ASEGURADO (Apellidos, Paterno, Materno, Nombre(s))      EDAD      SEXO

Estado actual del paciente

Fecha en que se atendió por primera vez al paciente con respecto a este padecimiento o accidente

Presupuestos vigentes y vigentes

Indicaciones de atención más importantes que padece el paciente asegurado con una no larga relación con la presente reclamación

Exámenes realizados

Evolución del padecimiento

Impresión Diagnóstica

El padecimiento es:

Tiempo de evolución

Diagnóstico definitivo de la enfermedad o de las lesiones sufridas

Describe las complicaciones, si las hubiere

Si prescribe la fue recomendado por algún otro médico

Nombre del médico (Apellidos, Paterno, Materno, Nombre(s))      Especialidad

DOMICILIO

**PARTE II**

Estado hospitalizado el paciente

Nombre del hospital

Fecha de internación quirúrgica

La enfermedad a veces recurre o reaparece

Presupuesto      Tratamiento      Dosis      Fecha

Menciona el nombre del (los) Médico (s) que participaron en la intervención con respecto a este padecimiento

NOMBRE (Apellidos, Paterno, Materno, Nombre(s))      Especialidad

En caso de no estar enterado el número de copias previas

COPIAS PREVIAS

La fue prescrito algún otro tratamiento médico

NOMBRE DEL MEDICO (Apellidos, Paterno, Materno, Nombre(s))      Especialidad

Estado actual del paciente

A la fecha continúa recibiendo tratamiento médico a recibir en el futuro

Por cuánto tiempo      Fecha prevista de alta del paciente

**PARTE III**

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE (Apellidos, Paterno, Materno, Nombre(s))      Especialidad

Domicilio

C.P.      Calle No.      Teléfono      C.A.S. Profesional      A.F.C.      C.I.R.P.

FACILITE TRANScribir EL RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA PROPORCIONANDO LAS FECHAS Y Hallazgos CLINICOS DEL PACIENTE ASEGURADO

EXPERIENCIAS, ESTADOS PATOLOGICOS O ANTECEDENTES, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE DIERON ORIGEN A LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BASICA

NOTA: COMO MEDICO TRATANTE AUTORIZADO A LOS HOSPITALES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE A QUE OTORGUE A ASEGURADORA HIDALGO S.A., TODOS LOS INFORMES QUE SE IMPRIMEN A LA SALUD DEL PACIENTE INCLUYENDO TODOS LOS DATOS DE PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO PARA TAL EFECTO EN ESTE CASO REVELAR A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECTOR PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTA QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA FORMA FUE TOMADA DIRECTAMENTE TAMPO DEL PACIENTE ASEGURADO COMO DEL EXPEDIENTE CLINICO QUE CORRE EN SU PODER

LUGAR Y FECHA      FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOTA: DE LA INFORMACION MEDICO QUE LA ABARCA O FALSA DECLARACION PROPORCIONADA EN EL PRESENTE CUESTIONARIO REALIZARA TODA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION