



THONA SEGUROS®

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

INFORME MEDICO

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 declara do no se aceptan cambios posteriores.

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	GÉNERO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	EDAD	No. DE PÓLIZA
ACTIVIDAD, OCUPACIÓN O PROFESIÓN					CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	AÑO	HORA	<input type="text"/>	MINUTOS	<input type="text"/>		
FECHA 1er. CONSULTA	DIA	MES	AÑO						
SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? CUAL?						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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



ATENCIONES 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

<input type="checkbox"/> URGENCIA	<input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA AMBULATORIA	<input type="checkbox"/> HOSPITALARIA	HOSPITAL DONDE SE ATENDIÓ:				
FECHA DE INGRESO:	DIA	MES	AÑO	FECHA DE EGRESO:	DIA	MES	AÑO

INCAPACIDAD

EL PACIENTE POR SU LESIÓN, ¿REQUIERE INCAPACIDAD TEMPORAL O DEFINITIVA?

¿A partir de que fecha se inicia el período de incapacidad?	DIA	MES	AÑO	¿En que fecha se integrará a sus actividades habituales?	DIA	MES	AÑO
---	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO:							
RFC				ESPECIALIDAD:			
No. DE CÉDULA PROFESIONAL		No. DE CÉDULA ESPECIALIDAD			TELÉFONO		
CORREO ELECTRONICO		LUGAR			DIA	MES	AÑO

RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:							
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

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE