SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.

SPP Institución de Seguros, S.A. de C.V.

Informe Médico

Fecha:	
Lugar:	

MUY IMPORTANTE: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación a la aseguradora no queda obligado 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.

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde y a una sola tinta.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Asegurado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Edad	Sexo

No. de Póliza	Escuela

Tipo de Evento

Muerte Accidental:		Reembolso de Gastos Médicos:		Incapacidad e Invalidez Total y Permanente:	

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente:	Hora:
Fecha 1er Consulta:	Hora:

Mecanismos de Lesión	Descripción de Lesiones (Principales signos y síntomas)

Diagnóstico (CIE 10)	Tratamiento (CPT4)
Hallazgos	**Fecha calculada del término del tratamiento:**

¿Se presentaron complicaciones? Si ☐ No ☐

Descripción de las complicaciones:

Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico:

ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA POR RADÍOLOGO CERTIFICADO

Costo del tratamiento completo Servicios:	Honorarios Médicos:
Nombre del Hospital:	Ciudad:
Tipo de Estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia / Ambulatoria	Fecha de Ingreso:

Nombre del Hospital o Institución:	

INCAPACIDAD

Mencione si el paciente por su lesión requiere de incapacidad temporal o definitiva:

Mencione a partir de qué fecha se inicia el periodo de incapacidad y en qué fecha se integrará a sus actividades habituales:

Lugar y Fecha:

Datos Generales del Médico Tratante

Nota: Como médico tratante del paciente a que se refiere este informe, por este conducto doy mi consentimiento para que los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios , gabinetes y/o establecimientos a los cuales haya acudido dicho paciente para el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, proporcionen a la aseguradora, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) padecimiento(s) y/o actual(es).

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
RFC	Especialidad	
Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad / Certificación	
E-mail	Teléfono(s) para contacto, favor de incluir LADA	Teléfono celular

Monto Estimado del Siniestro

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. . disponible en la página web www.sppseguros.com.mx en el apartado “Aviso de Privacidad”.

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V.

Como Médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V., de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda Responsabilidad a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V.

El llenado de este formato no obliga a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Nombre y Firma del Médico Tratante