

Formato de Historia Clínica Vida Crédito

Para facilitar los trámites de este documento, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____
Sexo: Masculino Femenino _____ Edad _____ Ocupación _____
Motivo de consulta _____

Antecedentes personales patológicos del Asegurado

(Se deberá indicar los antecedentes de importancia clínica, como enfermedades que padezca el paciente o que haya padecido, indicando la fecha en que se realizó el diagnóstico de la misma, si tiene tratamiento y a la fecha en que se estableció el tratamiento, por ejemplo enfermedades crónicas-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, reumatoide etc. Cirugías realizadas, fecha y la causa por la que le realizaron dicha cirugía, hospitalizaciones, fecha y causa etc.)

1) Especifique padecimiento, fecha exacta de diagnóstico (día/mes/año) y tratamiento del Asegurado

Antecedentes personales no patológicos del Asegurado

(Se anotará aquí lo relacionado a tabaquismo, uso de alcohol, así como diferentes adicciones y su duración, y si es que existe relación con el padecimiento actual o reclamo)

Alcohol _____ Tabaquismo _____

Drogas _____ Otros (especificar) _____

Padecimiento actual

(Padecimiento que originó el fallecimiento) En este apartado se debe describir todos los detalles del padecimiento que originó el fallecimiento, incluyendo las complicaciones o los antecedentes desencadenantes de la causa del fallecimiento, con fecha de diagnóstico de cada padecimiento enlistado, así como la fecha exacta en formato (día/mes/año)

Fecha de inicio de los síntomas: Fecha de diagnóstico:
Día Mes Año Día Mes Año

Descripción y detalles: _____

2) Causas del fallecimiento

Tratamiento

(Describa el o los tratamientos médicos o quirúrgicos que le realizaron al paciente)

3) Datos del hospital donde fue atendido el paciente

Nombre del hospital _____ Dirección _____

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)

Calle / Avenida Número exterior Número interior

Código Postal Colonia / Barrio Municipio / Delegación Ciudad / Población

Cédula Profesional _____ Firma _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

© 2014 Pearson Education, Inc.

© 2016 Pearson Education, Inc.

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		
Dirección:				
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	
Código Postal ()	Colonia / Barrio ()	Municipio / Delegación	Ciudad / Población	
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad		
Cédula Profesional		Firma		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		
Dirección:				
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	
Código Postal ()	Colonia / Barrio ()	Municipio / Delegación	Ciudad / Población	
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad		
Cédula Profesional		Firma		
Fecha en que se elabora la historia clínica:		Día	Mes	Año

Nota: Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada de manera directa tanto del paciente Asegurado o del familiar en caso de fallecimiento, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Es importante que el informe médico sea llenado en su totalidad y esté firmado por el o los médicos tratantes, para que sea tomado como válido por la aseguradora.

Toda inexacta o falsa declaración vertida en este formato, eximirá a la aseguradora de cualquier responsabilidad.