

Informe Médico Vida

- Se deben llenar todos los campos contenidos en este formato y debe ser firmado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta.
- La vigencia de este informe médico es de 6 meses.
- Cada médico tratante e interconsultante deberá llenar un informe médico.
- Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- No será válido con tachaduras, enmendaduras.
- Una vez asentada la información en este documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Lugar de llenado: _____

Fecha de llenado:
Día Mes Año

1. Datos del paciente

Nombre completo: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Fecha de nacimiento:
Día Mes Año

Sexo de nacimiento: Masculino ☐ Femenino ☐

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por este padecimiento:
Día Mes Año

2. Historia clínica breve del paciente

Peso: _____ kg. Talla: _____ cm.

Antecedentes heredo - familiares

(Mencione las afecciones más importantes que padezcan familiares directos del paciente, aunque no tenga relación con el presente padecimiento):

Familiar que lo presenta / presentó:

Familiar que lo presenta / presentó:

Cáncer ☐ _____

Especificar tipo de cáncer _____

Cardiopatías ☐ _____

Hipertensivos ☐ _____

Diabetes Mellitus ☐ _____

Hepáticos ☐ _____

Dislipidemias ☐ _____

Renales ☐ _____

Trastornos _____

psiquiátricos ☐ _____

Otros: _____

Antecedentes personales patológicos

(Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente, aunque no tenga relación con el presente padecimiento):

Diagnóstico definitivo

Fecha de diagnóstico /
tiempo de evolución

Tratamiento

Cáncer ☐ _____

Cardiopatías ☐ _____

Hipertensivos ☐ _____

Diabetes Mellitus ☐ _____

Antecedentes personales patológicos

(Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente, aunque no tenga relación con el presente padecimiento):

	Detalles	Tiempo de evolución	Tratamiento actual
Dislipidemias	☐		
Renales	☐		
Trastornos psiquiátricos	☐		
Otros:	☐		
Antecedentes quirúrgicos u hospitalarios:	☐		

Antecedentes personales no patológicos: _____

Antecedentes personales gineco-obstétricos: G ☐ P ☐ A ☐ C ☐

3. Detalles del padecimiento (indispensable llenar todos los campos por el médico tratante)

a) Padecimiento actual / Tipo de lesión / Causa de invalidez: _____

Principales signos y síntomas / Detalles de la lesión

En caso de accidente, indicar el mecanismo o cinemática de lesión: _____

b) Fecha de inicio de signos y síntomas / fecha de lesión:

Día Mes Año

Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐

Tiempo de evolución: _____

c) Exploración física: _____

Detallar hallazgos

d) Estudios de laboratorio y gabinete practicados: _____

Detallar hallazgos

¿Se entregó al paciente copia o algún tipo de documentación (estudios, interpretación de estudios, informe médico, nota de evolución)?.

Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

¿El paciente presenta un dictamen de invalidez?

Sí ☐ No ☐

¿Le otorgo un dictamen de invalidez?

Sí ☐ No ☐

e) Diagnóstico etiológico definitivo

Fecha del diagnóstico

Fecha de inicio del tratamiento

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

Día Mes Año

f) ¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____

g) ¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento? Sí ☐ No ☐

h) Describir tratamiento actual y duración: _____

i) Fecha probable de alta o prealta:
Día Mes Año

4. Detalles en caso de hospitalización

Nombre del hospital: _____

Tipo de ingreso: Urgencia ☐

Ingreso hospitalario ☐

Corta estancia ☐

Fecha de ingreso:

Día Mes Año

Hora de ingreso: __ : __ a.m. p.m.

Fecha de egreso:

Día Mes Año

Hora de egreso: __ : __ a.m. p.m.

Fecha de intervención:
(Opcional)

Día Mes Año

5. Datos del médico tratante

¿El médico que llenó este informe es el médico tratante?

Sí ☐ No ☐

Nombre del médico: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Cédula profesional de medicina general: _____

Especialidad: _____ **Cédula profesional de especialidad:** _____

Teléfono celular:
(Opcional)

Correo electrónico: _____
(Opcional)

R.F.C.
13 dígitos (opcional)

Teléfono del consultorio:
(Opcional)

Domicilio del consultorio (Opcional): _____

Nombre y firma autógrafa del médico tratante / de valoración

La información del documento se recopila y utiliza sólo para el correcto funcionamiento de la póliza de seguro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de abril de 2025 con el número CGEN-S0034-0024-2025 / CONDUSEF-G-01694-001.