

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
 Av. Paseo de la Reforma No. 243, Colonia Cuauhtémoc,
 Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, Distrito Federal.
 Teléfono: 5230-7000

 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

 TRATAMIENTO MÉDICO

 REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

No. PÓLIZA:

EDAD:

SEXO:

 F M

CAUSA DE ATENCIÓN:

 PREVENCIÓN EMBARAZO ENFERMEDAD ACCIDENTE

REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD:

 SI NO ¿CUÁL? _____

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DE INICIO		
DÍA	MES	AÑO

CÓDIGO CIE-10

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO		
DÍA	MES	AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO: CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

 ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE?: SI NO ¿CUÁL? _____

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN EL DIANÓSTICO)

TRATAMIENTO

CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO (MÉDICO Y/O QUIRURGICO)

FECHA DE INICIO		
DÍA	MES	AÑO

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
--	-------------------------------

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA:	FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
	<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	DÍA MES AÑO 	DÍA MES AÑO
CIUDAD:			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD: _____ R.F.C.: _____ N° CELULAR: _____

CEDULA PROFESIONAL: _____ CEDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN: _____

NÚMERO DE PROVEEDOR: _____ E-mail: _____

PRESUPUESTO

MONTO CONSULTA	\$ _____	MONTO 1er. AYUDANTE	\$ _____
MONTO CIRUJANO	\$ _____	MONTO 2do. AYUDANTE	\$ _____
MONTO ANESTESISTA	\$ _____	INTERCONSULTAS	\$ _____

ESPECIFICAR ESPECIALISTAS _____

NOTA: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y así mismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en la carta de obligaciones en materia de datos personales, así como Aviso de Privacidad.

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

DENUNCIA ANÓNIMA: Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mx

CARTA DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE DATOS PERSONALES

PRESENTE.

Por este medio, nos referimos a las obligaciones derivadas de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Reglamento y regulación secundaria emitida sobre la misma ("LA LEY"), en especial las relativas a la obtención y autorización al tratamiento de los datos personales, de cuyos titulares forman parte de una cartera de clientes o empleados actuales o bien prospectos o en proceso o que han dejado de serlo ("TITULARES") y que en conjunto conforman una Base de Datos ("LA BASE"), los cuales fueron recabados y captados de manera inicial por una de las personas y/o entidades que forman parte de la relación jurídica o contractual vigente ("LA CAPTADORA") y que en términos de la citada Ley reviste el carácter de "RESPONSABLE".

Sobre el particular se manifiesta que, en virtud de la relación jurídica o contractual vigente, aquella entidad que actuando como LA CAPTADORA y como la "RESPONSABLE" inicial de tratamiento de datos, en este caso MAPFRE, está obligada a poner a disposición de sus TITULARES su Aviso de Privacidad, a efectos de que LA BASE pueda ser compartida con la entidad receptora de los datos ("LA RECEPTORA").

Igualmente MAPFRE actuando en su calidad de LA CAPTADORA y "RESPONSABLE", de acuerdo a la solicitud que sea presentada por los "TITULARES" que en ejercicio se sus Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición ("Derechos Arco") le presenten o bien por virtud de requerimientos que sobre los mismos le notifiquen las autoridades competentes, está obligada a dar las respuestas en términos de la normatividad vigente de la materia.

Para efectos del presente comunicado, se adjunta el Aviso de Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A., el cual ha sido puesto a disposición de los TITULARES en su calidad de "LA CAPTADORA", bajo el cual se verifica en tratamiento de sus datos.

Por último le informamos que actuando como LA RECEPTORA y exclusivamente en su calidad de "ENCARGADO", conforme a LA LEY tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Tratar únicamente los datos personales conforme a las instrucciones de MAPFRE;
- II. Abstenerse de tratar los datos personales para finalidades distintas a las instruidas por MAPFRE;
- III. Implementar las medidas de seguridad conforme a LA LEY;
- IV. Guardar confidencialidad respecto de los datos personales tratados;
- V. Suprimir los datos personales objeto de tratamiento una vez cumplida la relación jurídica con MAPFRE o por instrucciones de la misma, siempre y cuando no exista una previsión legal que exija la conservación de los datos personales, y
- VI. Abstenerse de transferir los datos personales salvo en el caso de que MAPFRE así lo determine, la comunicación derive de una subcontratación, o cuando así lo requiera la autoridad competente.

ATENTAMENTE

MAPFRE TEPEYAC, S.A.

