



TRATAMIENTO			
Código CPT-4	Descripción de tratamiento		
		<div style="text-align: right;">Fecha de Inicio</div> <div style="text-align: right;">           día      mes      año         </div> <div style="text-align: right;">   </div>	
¿Hubo complicaciones?	Descripción de complicaciones		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Observaciones			
Nombre del Hospital	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria		Fecha de Ingreso día   mes   año
Ciudad			Fecha de Egreso día   mes   año
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
Apellido paterno, materno y nombre del médico: _____			Teléfono _____
Especialidad: _____	R.F.C. _____	Celular _____	
Cédula profesional: _____	Cédula de especialidad o certificación: _____		
Número de proveedor: _____	E-mail: _____		
<p>Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a MediAccess seguros de salud todos los informes que se refieran a la salud todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. para tal efecto relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.</p> <p>Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en este documento fue tomada directamente del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.</p>			
Aviso: se le informa al médico tratante que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía aseguradora.			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 10px;"></div> Lugar y Fecha		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 10px;"></div> Firma del Médico Tratante	