

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

| | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|---|-----------|----------------------------------|-----|----------|-----|
| NOMBRE DEL AFECTADO | | | FIGURA DOCENTE | | PROGRAMA EN QUE PARTICIPA | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | | FECHA EN LA QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O APARECIERON LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD | | | DIA | MES | AÑO |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | |
| CUAL FUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | | | SI ES ACCIDENTE DETALLE ¿COMO Y DONDE OCURRIO? | | | | | |
| SI ESTUVO HOSPITALIZADO DIGASE EL NOMBRE DEL HOSPITAL | | | DIAS QUE ESTUVO RECLUIDO | | | | | |
| ¿ CUANTAS RECLAMACIONES HA PRESENTADO LA PERSONA AFECTADA? | | | | | | | | |
| RECLAMACION | | CAUSA O MOTIVO | | | MONTO DE LA RECLAMACION ANTERIOR | | | |
| No. | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | |
| AUTORIZO AL (A LOS) DOCTOR (ES) QUE ME ATIENDE (N) A PROPORCIONAR INFORMACION QUE LES SEA SOLICITADA POR EL CONAFE, EN RELACION A LA PRESENTE RECLAMACION | | | | | | | | |
| FECHADO EN: | DIA | MES | AÑO | DIRECCION | | | TELEFONO | |
| | | | | | | | | |

FIRMA DEL DOCENTE

**CARTA REMESA RECLAMACIONES
ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**

| FECHADA EN | DIA | MES | AÑO |
|---------------------|--|-----|----------------------------------|
| NOMBRE DEL AFECTADO | | | |
| CONCEPTO | | | IMPORTE DE GASTOS PRESENTADOS |
| 1. | CUARTO Y ALIMENTOS (NUMERO DE DIAS _____) | | |
| 2. | GASTOS EXTRAS (CONSIDERAR: MEDICAMENTOS, NOTAS DE FARMACIA, DERECHOS DE SALA DE OPERACIONES, ANALGESIA, ANESTESISTA, ANALISIS, RADIOGRAFIAS, TRANSFUSIONES, ENFERMERAS ESPECIALES, ETC.) | | |
| 3. | VISITAS MEDICAS (NUMERO DE DIAS _____) | | |
| 4. | INTERVENCION QUIRURGICA (CONSIDERAR: HONORARIOS DEL CIRUJANO Y AYUDANTES) | | |
| 5. | OTROS | | |
| TOTAL | | | |

FIRMA DEL DOCENTE

INFORME DEL MEDICO

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|--|---|-----|-----|---|-----|-----|----------------|-----|-----|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | | | | DIAGNOSTICO DE: | | | | | | | | |
| ¿EL PACIENTE LE FUE ENVIADO POR OTRO MEDICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE CITAR: | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL OTRO MEDICO | | | | | | DOMICILIO | | | | | | TELEFONO | | |
| INDIQUE LA FECHA EN QUE SE INICIARON LOS PRIMEROS SINTOMAS O SIGNOS | | | | | | DIA | MES | AÑO | FAVOR DE INDICAR LA FECHA DEL PRIMER EXAMEN | | | DIA | MES | AÑO |
| No. DE CONSULTAS SUBSECUENTES | | | | | | FECHA CONSULTA | | | FECHA CONSULTA | | | FECHA CONSULTA | | |
| DIA | | MES | | AÑO | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| ¿SE PRACTICO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | FAVOR DE INDICAR CLARAMENTE LA INTERVENCION QUIRURGICA PRACTICADA | | | | | | | | |
| ¿EL AFECTADO SE ENCUENTRA INCAPACITADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | OBSERVACIONES: | | | | | | | | |
| TOTALMENTE, DESDE _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| HASTA _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| PARCIALMENTE, DESDE _____ | | | | | | NOTA: FAVOR DE ANEXAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA ELABORADA PARA LA PERSONA AFECTADA | | | | | | | | |
| HASTA _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHADO EN: | | | | | | DIA | MES | AÑO | | | | | | |

FIRMA DEL MEDICO