

LOS USUARIOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN ASEGURAR QUE ESTÁN UTILIZANDO LA REVISIÓN MAS ACTUAL DE ESTE DOCUMENTO CONTROLADO

Este formato deberá ser llenado por el prestador de servicio, con letra de molde legible o de manera digital.

Datos del Usuario

Nombre del Usuario: _____
Edad: _____ Sexo: _____

Causa de Reclamación

Tipo de Padecimiento: Enfermedad: Embarazo: Accidente:

Datos Físicos Generales

Diagnóstico definitivo: _____
Fecha en que empezaron los primeros síntomas: _____ DD/MMM/AA
Fecha inicial de atención al usuario con respecto al presente padecimiento: _____ DD/MMM/AA
Subsecuente: _____

Descripción de la atención

Síntomas que refiere el usuario	Tratamiento a seguir por el usuario
Enfermedades, estados patológicos o antecedentes que dieron origen a la enfermedad básico o principal	Afecciones importantes que padezca aunque no tenga relación con el diagnóstico

Referencia Médica

Fué recomendado por algún otro especialista: Si No
Especialidad: _____ Nombre: _____
Teléfono: _____

Datos del prestador que otorga la asistencia médica

Nombre: _____ Especialidad: _____
No. de Cédula: _____ REG.SSA: _____
RFC: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad y Edo.: _____

Lugar y Fecha

Firma

Firma del Usuario

El USUARIO autoriza a Multiservicios Médicos Santander, S.A. de C.V., así como a terceros relacionados a la prestación de la Asistencia Médica, al acceso, conocimiento, transferencia y almacenamiento de la información requerida. En caso de tratarse de un menor de edad, se entiende que el presente formato es llenado por su padre/madre o tutor.

Usted puede consultar el aviso de privacidad integral a través de www.mmsantander.com.mx