

INSTRUCCIONES

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

☐ Programación de Cirugía
 ☐ Tratamiento Médico
 ☐ Reembolso

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo ☐ F ☐ M
Causa de Atención ☐ Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente		Referido por otro Médico o Unidad Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?		

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN ANOTANDO FECHAS DE PATOLOGÍAS Y CIRUGÍAS)

Antecedentes Personales Patológicos ☐ Cardíacos ☐ HIV/SIDA ☐ Presión Alta ☐ Problemas Hepáticos ☐ Diabetes ☐ Cirugías: _____ ☐ Convulsiones ☐ Otros: _____	Antecedentes Personales No Patológicos ☐ ¿Consume regularmente bebidas alcohólicas? ☐ ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarros (5 cajetillas) en su vida? ☐ ¿Ha consumido o consume drogas? ☐ Pérdida no intencional de más de 5 kgs.
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales (si es necesario)

DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Fecha de Inicio	Día	Mes	Año

PADECIMIENTO ACTUAL (PRINCIPALES SIGNOS, SÍNTOMAS Y DETALLES DE EVOLUCIÓN)

Fecha de Inicio	Día	Mes	Año	
Periodo de evolución:	☐ 1 a 3 meses	☐ 3 a 6 meses	☐ 6 a 12 meses	☐ Más de 1 año

DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Fecha de Diagnóstico	Día	Mes	Año	
Diagnóstico 1:				
Diagnóstico 2:				
Diagnóstico 3:				
Tipo de Padecimiento:	☐ Congénito	☐ Adquirido	☐ Agudo	☐ Crónico
Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente:	Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?			

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

Talla: _____ cm.	Peso: _____ Kg.	T/A: _____ mm/Hg.	FC: _____ x'	FR: _____ x'	T: _____ C.
------------------	-----------------	-------------------	--------------	--------------	-------------

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO

Descripción de Tratamiento, anterior y actual, especificando dosificación y fecha de inicio			
¿Hubo Complicaciones? Sí ☐ No ☐			
Descripción de Complicaciones			
1.			
2.			
3.			
Nombre del Hospital	Tipo de Estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia / Ambulatoria	Fecha de Ingreso Día Mes Año	Fecha de Egreso Día Mes Año
Ciudad			
Estudios realizados y resultados relevantes			

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))		Teléfono y Lada
Especialidad	R.F.C.	Teléfono Celular
Cédula Profesional	Cédula de Especialidad o Certificación	
No. de Proveedor	Correo electrónico	
Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):		
Anestesiólogo:		
Ayudante 1:		
Ayudante 2:		
Otro(s) Médico(s):		

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	LUGAR Y FECHA

Entregar los comprobantes por sus servicios a nuestro asegurado cuando vayan a ser tramitados para su pago ante la compañía, expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F. - RFC: ASE931116231, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios).

Aviso: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.