



SOLICITUD DE SERVICIOS DE SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL

No. De Solicitud: _____

No. _____ De _____ Póliza: _____
 Contratante: _____
 Asegurado Afectado: _____ Asegurado Titular _____

Por medio de la presente solicito el servicio de segunda opinión médica Internacional, para lo cual anexo la siguiente documentación (especificar si anexa original o copia):

- Tarjeta que lo identifica como asegurado de AXA Seguros SI _____ NO _____
- Identificación oficial con fotografía.
SI _____ NO _____
- Aviso _____ de _____ accidente _____ o _____ enfermedad
SI _____ NO _____
- Informe médico y/o resumen clínico del Dr. (es) SI _____ NO _____

Dr. (a) _____ Especialidad _____
 Dr. (a) _____ Especialidad _____
 Dr. (a) _____ Especialidad _____
 Dr. (a) _____ Especialidad _____

- Historia Clínica Completa
- Resultado de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete (señale los presentados)

Orina _____ Excremento _____ Sangre _____ Radiografías _____
 Ultrasonido _____ Tomografía _____ Resonancia Magnética _____
 Urografía _____ Electrocardiograma _____ Electroencefalograma _____
 Histopatológica _____ Otros _____

- Solicito el servicio de segunda opinión médica Internacional para:

Ratificar Diagnóstico SI _____ NO _____
 Corroborar tratamiento SI _____ NO _____
 Alternativas de tratamiento SI _____ NO _____

Observaciones: _____

