



Este formato debe ser llenado únicamente por el MÉDICO TRATANTE. No por el asegurado.

Instrucciones

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad.
2. Debe ser llenado por cada médico tratante.
3. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
4. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.

Información general			
Datos del asegurado afectado (paciente)			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Información médica			
Causa de la atención médica			
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica
Tipo de estancia			
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria	<input type="checkbox"/> Consultorio
Tipo de padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico
Diagnóstico			
Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral			
Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cómo y cuándo			
Fecha de los primeros síntomas	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio del tratamiento	
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico			
Tiene relación con otro padecimiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
Detalle de evolución			
Tratamiento médico y/o quirúrgico			
Maternidad			
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):			
Tratamiento quirúrgico			
Nombre del hospital		N° de días de estancia hospitalaria	
Cirugía realizada			
Hallazgos			
Se realizó biopsia	Describa el resultado del estudio histopatológico		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Se presentaron complicaciones	Describa		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Datos generales del paciente AFECTADO.

Información del tipo de atención médica

Indicar el diagnóstico DEFINITIVO. Es muy importante se indique un solo padecimiento. La aseguradora no tomara en cuenta casos con doble diagnóstico o diagnósticos "probables".

IMPORTANTE: No dejar en blanco las fechas solicitadas.

Indicar si se ha realizado algún tipo de tratamiento anteriormente relacionado con el padecimiento.

En caso de requerir algún tipo de tratamiento médico o cirugía para el padecimiento a reclamar se deberán llenar los datos solicitados. IMPORTANTE indicar el hospital.



Medicamentos				
Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración	Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Llenar en caso de que el asegurado este siendo medicado por medicamentos relacionados o no al padecimiento.

Otros tratamientos

Especificar tratamiento _____

En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento _____

Días _____ No. de sesiones _____

Sesiones de quimioterapia

Medicamento _____ No. de sesiones _____

Sesiones de rehabilitación física

Días _____ No. de sesiones _____

Se requiere servicio de enfermería

Días requeridos _____ Horas por día _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí

En caso de requerir algún tratamiento en específico. El medico deberá indicar por medio de una receta médica u hoja membretada la justificación de dicho tratamiento.


reinventando / los seguros

Datos del médico			
Nombre del médico	Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad
Médico o especialista _____	_____	_____	_____
Anestesiólogo _____	_____	_____	_____
Ayudante 1 _____	_____	_____	_____
Ayudante 2 _____	_____	_____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____	_____	_____
En caso de interconsultantes se deberá entregar un informe médico por cada uno, indicando motivo, días de visita, etc.			

Nota:

Como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos 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. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato 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 y que cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario releva de toda responsabilidad a la compañía.

Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o titular	Lugar y fecha
_____	_____	_____

Firmas
Transferencia de datos a terceros
Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad

¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamiento de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?

 Sí acepto Fecha y firma del asegurado _____

 No acepto Fecha y firma del asegurado _____