

**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. **Utilice letra de molde, legible y tinta negra.**
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<br><input type="checkbox"/> Femenino |           |

**Información médica****Causa de la atención médica**

Enfermedad     
  Accidente     
  Maternidad     
  Segunda opinión médica

**Tipo de estancia**

Urgencia     
  Hospitalización     
  Corta estancia/ambulatoria     
  Consultorio

**Tipo de padecimiento**

Congénito     
  Adquirido     
  Agudo     
  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 ocurrió y el mecanismo de lesión

|                                |                      |                                 |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 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     No     ¿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     No

Se presentaron complicaciones

Sí     No     Describa \_\_\_\_\_

| 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.                    |          |       |          |   |

**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 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Intervalo \_\_\_\_\_

**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

| 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 relevará de toda responsabilidad a la compañía.

| Firma del médico tratante | Firma del asegurado afectado o titular | Lugar y fecha |
|---------------------------|--|---------------|
|                           |  |               |

| 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  |  |
| <p>¿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?</p> |  |
| Sí acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____   | No acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____ |

**Llámanos sin costo**  
**01 800 911 9999**  
**axa.mx**

AI - 346 • ABRIL 2015

