

**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		
<b>Datos del asegurado afectado (paciente)</b>		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Información médica		
<b>Causa de la atención médica</b>		
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica
<b>Tipo de estancia</b>		
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria <input type="checkbox"/> Consultorio
<b>Tipo de padecimiento</b>		
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico
<b>Diagnóstico</b>		
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
Detalle de evolución		
Tratamiento médico y/o quirúrgico		
<b>Maternidad</b>		
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):		
<b>Tratamiento quirúrgico</b>		
Nombre del hospital	N° de días de estancia hospitalaria	
Cirugía realizada		
Hallazgos		
Se realizó biopsia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describa el resultado del estudio histopatológico	
Se presentaron complicaciones Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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

¿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 \_\_\_\_\_

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

AI - 346 • ABRIL 2015

