

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 de la póliza			
No. de póliza	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	No. de certificado _____	Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial (Cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) <input type="checkbox"/> Complementario (Cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro _____
Tipo de trámite			
<input type="checkbox"/> Pago directo (de AXA al hospital o médico)		<input type="checkbox"/> Rembolso	
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
Tipo de estancia			
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Corta estancia/ambulatoria	<input type="checkbox"/> Consultorio
Diagnóstico			
Diagnóstico(s), indicando la zona afectada, el mecanismo de lesión y si es unilateral o bilateral			
Causa o etiología del padecimiento			
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			
Tratamiento quirúrgico			
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				
Enfermedad o diagnóstico	Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración
1.				
2.				
3.				
4.				

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 _____ <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas

Maternidad	
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):	

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 pudiendo contar con alternativas de diagnóstico o tratamiento; 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 lo que tenga convenio?	
Si acepto fecha y firma del asegurado _____	No acepto Firma _____