

Instrucciones

- 1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
- 2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
- 3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
- 4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
- Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

5. Ca	da medico tratant	le e interconsui	lantes deberar	i licitat t	in inionne medico.				
Lugar:	Lugar: Fecha:								
Información general									
Datos del Asegurado afectado (paciente)									
Apellido paterno: Apellido materno:					Nombre(s):				
Edad:				culino 🗌 Femenino	Talla:	Peso:	Tensión arterial:		
Motivo de la atención médica									
☐ Enfe	ermedad	☐ Accid	ente		Maternidad		Segun	nda opinión médica	
Tipo d	e estancia								
☐ Urge	encia	Hosp	italización	☐ Corta	a estancia / ambulat	oria	Consu	ıltorio	
Antece	edentes médicos	;							
			Antec	edentes	patológicos				
No.	Diag	gnóstico			e diagnóstico mm/aaaa) Tratamiento recibido			nto recibido	
				(,				
	Anteo	cedentes no pa	atológicos (es	pecifica	ar frecuencia, canti	dad v des	de cuánd	0)	
□¿Fu	ma?			Pooling		<u></u>		<u>-, </u>	
_	nsume bebidas a	lcohólicas?							
_	nsume o ha cons		o de drogas? _						
Otro	s:								
Antecedentes ginecobstétricos				Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos)					
Gestac	ión: Partos:	Abortos:	Cesáre	as:					
Fecha de última Día Mes Año									
menstruación: Especificar si recibió tratamiento para infertilidad:									
Tiempo	de evolución:				Tiempo de evolució	n:			
¿Refer	ido por otro médio	co o unidad?	□Sí □No	¿Cuál	?				





Diagnostico(s)							
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):							
Fecha de padecimiento: Día Mes	s Año	Fecha de diag	nóstico:	Día Mes	Año		
	S AND	recha de diag	nostico.		Allo		
Tipo de padecimiento:							
☐ Congénito ☐ Adquirido	Agudo	Crónico	Tiempo de e	volución:			
Causa o etiología del padecimiento (en c	aso de accidente.	describa tiempo	. modo v lugar	donde ocurrió	a lesión):		
	,		, means y raigen				
¿Tiene relación con otro padecimiento?	☐ Sí ☐ No						
¿Cuál?							
¿El padecimiento ocasionó incapacidad?		Desde:		Hasta:			
		Desac.		riaota.			
☐ Sí ☐ No ☐ Parcial	☐ Total						
Diagnóstico (indicando si es unilateral o t	ilateral, derecho	o izquierdo):					
Código ICD:		¿Es cáncer?					
		Estadificación	INM:				
Señale los datos relevantes de exploración	ón física:						
Describa los estudios de laboratorio y/o g	abinata qua raali-	zaron nara confir	mar al diganás	tion con au into	rprotogión:		
Describa los estudios de laboratorio y/o g	abinete que realiz	zaron para comi	mai ei diagnos	lico con su inte	rpretación.		
Tratamiento							
Tratamiento propuesto (quirúrgico, no qui	rúraico):						
Tratamiento propuesto (quirurgico, no qui	ruigico).						
Fasha da diventa	Fine	handtall!f		Final			
Fecha de cirugía:		hospitalización:		Fecha de			
Día Mes Año	Día Me	s Año		Día Mes	Año		





Días que se brindó atención médica:									
Sitio en el cual se realizará el procedimiento:									
□ c	Consultorio ☐ Hospital ☐ Gabinete ☐ Otro Especifique:								
En c	En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:								
	¿Se realizó estudio histopatológico? ☐ Sí ☐ No Describa el resultado del estudio histopatológico:								
	¿Se presentaron complicaciones? ☐ Sí ☐ No Describa las complicaciones:								
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? ☐ Sí ☐ No Describa el tratamiento (número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo): Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar									
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej. Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 hrs.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)					
1.	(L). I aracetamor 100 mg/								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									



Programación de sesion	ones de rehabilitación físic	a		
Días:	No. de sesione	s:		
¿Se requiere servicio d	de enfermería?			
Días requeridos:	Matutino	☐ Vespertino	☐ Nocturno	24 horas
Descripción de actividad	les:			
En caso de terapia inmu	nológica, biológica, etc., jus	tifique el tratamiento:		
Detalle de evolución:				
Observaciones				
Si tiene alguna observad	ción adicional, favor de agre	garla aquí:		
aquellos que requieren se deberá llenar el sigu				
Plan terapéutico a seg				
Técnica detallada (explid	que en qué consiste la ciruç	gía planeada):		
Tiempo esperado de hos	spitalización de acuerdo con	el procedimiento prog	ramado:	



Solicitud de material o rentas de equipo

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca		ouidor azón social)		RFC	Correo electrónico*
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7 8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
			latos de la persona	moral, el corre	eo electrónico	deberá ser g	enérico e institud	cional.
Dat	os del mé							
			o especialista		Mé	édico o esp	ecialista (aneste	esiólogo)
_			dico? Sí No		Tipo de parti	cipación:		
	o de partic	ipación:						
	mbre:				Nombre:			
Especialidad:			Especialidad					
Cédula profesional:			Cédula profe	esional:				
Céd	dula de esp	ecialidad:			Cédula de es	specialidad:		
RF	C a factura	r:			RFC a factur	rar:		
Domicilio:			Domicilio:					
Tele	éfono:				Teléfono:			
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico			En caso o	le ser persor	na moral o perter médico	necer a un grupo		
Noi	Nombre común:			Nombre com	nún:			
Raz	Razón social:		Razón social:					
		Ау	udante 1				Ayudante 2	
Tipo de participación:			Tipo de participación:					
Nombre:			Nombre:					
Otros médicos:								
	Firma del médico						Lugar y 1	echa
^~	Coguros	S A do C V	Eálix Cuovas 266	nico 2 Col Ti	acoguomásc t i	alcaldía Par	oito luároz 0220	0 CDMX México •

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:



☐ No acepto

Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad. **Datos personales** AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200. Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de Privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección "Aviso de Privacidad". Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad. Transferencia de datos a terceros Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro. Sí acepto Firma del Asegurado: No acepto Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y, en su caso, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad. Firma del Asegurado: ☐ Sí acepto