



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.
5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Lugar:										Fecha:													
Información general																							
Datos del Asegurado afectado (paciente)																							
Apellido paterno:						Apellido materno:						Nombre(s):											
Edad:		Fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año			Sexo:				Talla:		Peso:		Tensión arterial:						
									<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino														
Motivo 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					
Antecedentes médicos																							
Antecedentes patológicos																							
No.		Diagnóstico						Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa)						Tratamiento recibido									
Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo)																							
<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____																							
<input type="checkbox"/> ¿Consume bebidas alcohólicas? _____																							
<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____																							
<input type="checkbox"/> Otros: _____																							
Antecedentes ginecobstétricos										Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos)													
Gestación:____ Partos:____ Abortos:____ Cesáreas:____																							
Fecha de última menstruación:				Día		Mes		Año															
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____																							
Tiempo de evolución: _____										Tiempo de evolución: _____													
¿Referido por otro médico o unidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____																							

AI-461 • JULIO 2025

**Diagnóstico(s)**

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	Día	Mes	Año

Tipo de padecimiento:

☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico Tiempo de evolución: _____

Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

¿Tiene relación con otro padecimiento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿El padecimiento ocasionó incapacidad?

☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total

Desde:

Hasta:

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____

¿Es cáncer? ☐ Sí ☐ No

Estadificación TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describa los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:	Fecha de hospitalización:	Fecha de alta:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año

Días que se brindó atención médica:



Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

☐ Consultorio

☐ Hospital

☐ Gabinete

☐ Otro

Especifique:_____

En caso de haber seleccionado “Hospital”, indique el nombre del hospital:

¿Se realizó estudio histopatológico? ☐ Sí ☐ No
Describe el resultado del estudio histopatológico:

¿Se presentaron complicaciones? ☐ Sí ☐ No
Describe las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? ☐ Sí ☐ No
Describe 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 otro formato)

#	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.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

AI-461 • JULIO 2025

**Programación de sesiones de rehabilitación física**

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?Días requeridos: _____ ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ 24 horas

Descripción de actividades:

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

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos de ortopedia, neurocirugía, cardiología y aquellos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especializado y/o renta de equipos especializados, se deberá llenar el siguiente apartado.**Plan terapéutico a seguir**

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada):

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado:



Solicitud de material o rentas de equipo						
Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:						
	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.						
Datos del médico						
Médico o especialista				Médico o especialista (anestesiólogo)		
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Tipo de participación:		
Tipo de participación:				Nombre:		
Nombre:				Especialidad:		
Especialidad:				Cédula profesional:		
Cédula profesional:				Cédula de especialidad:		
Cédula de especialidad:				RFC a facturar:		
RFC a facturar:				Domicilio:		
Domicilio:				Teléfono:		
Teléfono:				En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico		
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico				Nombre común:		
Nombre común:				Razón social:		
Razón social:				Ayudante 2		
Ayudante 1				Tipo de participación:		
Tipo de participación:				Nombre:		
Nombre:				Otros médicos:		
Otros médicos:				Firma del médico		
Firma del médico				Lugar y fecha		
Lugar y fecha						



Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Aviso de Privacidad

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para procesar la presente solicitud, en su caso la operación de la póliza, así como para todos los demás fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. Con la firma de esta solicitud de seguro, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados.

Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx

Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.

Firma del asegurado: _____