



## 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.


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

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 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.				

**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 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico			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: \_\_\_\_\_