

**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"/> 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 (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):				Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):					
<input type="checkbox"/> Cardiacos: _____		<input type="checkbox"/> Hipertensivos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____					
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____		<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consumo bebidas alcohólicas? _____					
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____		<input type="checkbox"/> Hepáticos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consumo o ha consumido algún tipo de drogas? _____					
<input type="checkbox"/> Convulsivos: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____					
Antecedentes gineco-obstétricos.				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? _____									
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: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> 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 Escala TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describe 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:

Otros tratamientos y/o materiales, equipos y/o biológicos/monitoreos

Especificar tratamiento (sesiones de quimioterapia, sesiones de rehabilitación física, 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

Nombre de medicamentos:



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

Lista de materiales que utilizó o se utilizarán en cirugía y/o equipo especial (monitoreo, Da Vinci u otros):

Tipo de terapia:	Cédula de especialidad:
------------------	-------------------------

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Especialidad:		Especialidad:	
Cédula profesional:		Cédula profesional:	
Cédula de especialidad:		Cédula de especialidad:	
RFC:		RFC:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:		Teléfono:	



Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	

Otros médicos:

Firma del médico	Lugar y fecha

En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:**Datos personales**

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación 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

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

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y 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 se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____
 No acepto