

**Instrucciones**

1. Este formato debe llenarse por el médico tratante que atiende al paciente.
2. Dependiendo el procedimiento interno del hospital y si forma parte o no de nuestros prestadores en convenio para pago directo, llene este formato y entréguelo al paciente, familiar o personal del hospital correspondiente para su posterior entrega a AXA.
3. Cualquier modificación o alteración de la información médica aquí declarada surtirá efectos legales.

**Información de su paciente**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Edad	Causas de la atención médica <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Embarazo			Fecha de elaboración	Día	Mes	Año
Talla cm	Peso kg	Tensión arterial (TA) mm/Hg	Frecuencia cardíaca x'	Frecuencia respiratoria x'	Temperatura °C				

**Antecedentes patológicos**

--

**Diagnóstico(s)**

Principales signos, síntomas y detalles de evolución	Fecha de inicio de síntomas Día Mes Año
	Dependiendo el tipo de padecimiento, indique el periodo de evolución <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> Más de un año

1)

2)

3)

Fecha del diagnóstico	Día	Mes	Año	Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico
¿Se relaciona su diagnóstico a otra enfermedad o accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				Fecha en que vio por primera vez al paciente Día Mes Año

Nombre del hospital o lugar donde tuvo o tendrá la cirugía o tratamiento médico	Ciudad
Fecha de ingreso Día Mes Año	Fecha de egreso Día Mes Año
Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia/Ambulatoria	

Estudios practicados al paciente
----------------------------------

**a) Cirugía**

Describa el procedimiento quirúrgico	
En caso de cirugía ortopédica, cardiológica o neurológica, indique el material a emplear	
Indique el nombre del equipo quirúrgico incluyendo interconsultantes	Especialidad
Anestesiólogo _____	_____
Ayudante 1 _____	_____
Ayudante 2 _____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____

**b) Tratamiento médico**

Describe el tratamiento completo sólo en caso de terapia inmunológica, biológica o quimioterapia (poner una breve especificación para los demás casos)

**Complicaciones de la cirugía o tratamiento médico**

¿Existen o existieron complicaciones en el tratamiento?

Sí  No      Descríbalas incluyendo antecedentes y fechas aproximadas

**Datos del médico tratante**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Cédula profesional
Especialidad	Cédula de especialidad	R.F.C.
Si no forma parte de los prestadores en convenio para pago directo, indique los siguientes datos.	Teléfono 01	Correo electrónico

**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****Lugar y fecha**

--	--