



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:					
						Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>															
Motivo de la atención médica																					
Enfermedad						Accidente						<input type="checkbox"/> Maternidad				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)																					
¿Fuma? _____																					
¿Consume bebidas alcohólicas? _____																					
¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____																					
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? _____																					

**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: <input checked="" type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:				
¿Se realizó estudio histopatológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa el resultado del estudio histopatológico:				
¿Se presentaron complicaciones? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa las complicaciones:				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 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.

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.

☐ Sí acepto Firma del Asegurado: _____

☒ No acepto