



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:			
<b>Información general</b>							
Datos del Asegurado afectado (paciente).							
Apellido paterno:			Apellido materno:			Nombre(s):	
Edad:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo	Talla:	Peso:
					Masculino Femenino		
<b>Motivo de la atención médica</b>							
Enfermedad		Accidente		Maternidad		Segunda opinión médica	
<b>Tipo de estancia</b>							
Urgencia		Hospitalización		Corta estancia / ambulatoria		Consultorio	
<b>Antecedentes médicos</b>							
Antecedentes patológicos (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):				Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):			
Cardiacos: _____		Hipertensivos: _____		¿Fuma? _____			
Diabetes mellitus: _____		VIH/SIDA: _____		¿Consume bebidas alcohólicas? _____			
Cáncer: _____		Hepáticos: _____		¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____			
Convulsivos: _____		Otros: _____		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? _____							
<b>Diagnóstico(s)</b>							
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):							
Fecha de padecimiento:				Fecha de diagnóstico:			
Día Mes Año				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 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  
Describe 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	
<b>En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:</b>			
<b>Datos personales</b>			
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.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<b>Transferencia de datos a terceros</b>			
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.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto      Firma del Asegurado: _____			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto      Firma del Asegurado: _____			
<input type="checkbox"/> No acepto			