



Instrucciones

1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.

Programación de Cirugía

Tratamiento Médico

Reembolso

2.- Favor de no dejar preguntas, ni espacios sin contestar.

3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Causa de Atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución)

Fecha de Inicio

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Con una evolución: 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año

Descripción del Diagnóstico

Fecha de Diagnóstico

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Diagnóstico 1: _____

Diagnóstico 2: _____

Diagnóstico 3: _____

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál?

Resultados de la Exploración Física y de los Estudios Realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: _____ cm. Peso: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg FC _____ x' FR _____ x' T _____ C

Observaciones: _____**Tratamiento**

Descripción de Tratamiento, anterior y actual, especificando dosificación y fecha de inicio

¿Hubo Complicaciones? Sí No Descripción de Complicaciones

1: _____

2: _____

3: _____

Nombre del Hospital

Tipo de Estancia

Fecha de Ingreso

Fecha de Egreso

Ciudad

 Urgencia Hospitalaria Corta Estancia / Ambulatoria

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Estudios realizados y resultados relevantes

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

Teléfono

Especialidad

R.F.C.

Celular

Cédula Profesional

Cédula de Especialidad o Certificación

No. de Proveedor

E-mail

Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: _____

Ayudante 1: _____

Ayudante 2: _____

Otro(s) Médico(s): _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen 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. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma 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.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante

Entregar los comprobantes por sus servicios a nuestro asegurado cuando vayan a ser tramitados para su pago ante la compañía, expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. - Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F. - RFC: ASE931116231, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios)

Centro de Contacto 24 horas:

Gastos Médicos

51 69 27 27

Lada sin costo

01 800 466 1AXA

Lada sin costo EUA y Canadá

18 88 29 37 221

Aviso:

Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.