



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: |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Tensión arterial: |
| Motivo de la atención médica | | | | | | | |
| <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"/> ¿Consume bebidas alcohólicas? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | | <input type="checkbox"/> Hepáticos: _____ | | <input type="checkbox"/> ¿Consume 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: | | | | 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
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 |
|------------------|---------------|
| | |

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