

**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 ☐ Femenino			
Motivo de la atención médica								
☐ Enfermedad		☐ Accidente		☐ Maternidad		☐ Segunda opinión médica		
Tipo de estancia								
☐ Urgencia		☐ Hospitalización		☐ Corta estancia / ambulatoria		☐ 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):				
☐ Cardíacos: _____		☐ 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: ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____								
Diagnóstico(s)								
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 enfermeríaDías 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 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			
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			