



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:
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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**

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?  Sí  No      ¿Cuál? \_\_\_\_\_

AI - 346 • FEBRERO 2022



**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?    Desde:    Hasta:  
 Sí     No     Parcial     Total    \_\_\_\_\_

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:

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:	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:  
 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  
Describe las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?  Sí  No  
Describe 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.				

AI - 346 • FEBRERO 2022

**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 ofrecermelos 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