



Instrucciones

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

Programación de Cirugía       Tratamiento Médico       Reembolso

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)

<u>Antecedentes Personales Patológicos</u>	<u>Antecedentes Personales No Patológicos</u>
<u>Antecedentes Gineco-Obstétricos</u>	<u>Antecedentes Perinatales (si es necesario)</u>

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

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

Fecha de Inicio		
Día	Mes	Año

Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico
<b>Para uso exclusivo de Seguros</b>		
1.-	Diagnóstico 1: _____	
2.-	Diagnóstico 2: _____	
3.-	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

**Tratamiento**

Código <b>CPT-4</b>	Descripción de Tratamiento	Fecha de Inicio		
<b>Para uso exclusivo de Seguros</b>		Día	Mes	Año
1.- _____	1: _____ _____			
2.- _____	2: _____ _____			
3.- _____	3: _____ _____			
¿Hubo Complicaciones?	Descripción de Complicaciones			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1: _____ 2: _____ 3: _____			

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso			Fecha de Egreso		
_____	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Ciudad _____							

**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. con dirección y RFC ya conocidos, 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 <b>51 69 27 27</b> Lada sin costo <b>01 800 466 1AXA</b> Lada sin costo EUA y Canadá <b>18 88 29 37 221</b>	<b>Aviso:</b> <b>Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.</b>
--	--