

**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. **Utilice letra de molde, legible y tinta negra.**
2. Debe ser llenado por cada médico tratante.
3. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
4. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.

Información general**Datos del asegurado afectado (paciente)**

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Edad	Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino		

Información médica**Causa de la atención médica**

☐ Enfermedad	☐ Accidente	☐ Maternidad	☐ Segunda opinión médica
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

Tipo de estancia

☐ Urgencia	☐ Hospitalización	☐ Corta estancia/ambulatoria	☐ Consultorio
-----------------------------------	--	---	--------------------------------------

Tipo de padecimiento

☐ Congénito	☐ Adquirido	☐ Agudo	☐ Crónico
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Diagnóstico

Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral

← Tipo de cáncer y Estadio clínico

Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cómo y cuándo ocurrió y el mecanismo de lesión

← Agregar antecedentes personales patológicos, solo si se tiene AHF o APP

Fecha de los primeros síntomas

Fecha de diagnóstico

Fecha de inicio del tratamiento

Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico

← Anexar histopatológico, Inmunohistoquímico, moleculares, PET, Resonancia Magnética, TAC*

Tiene relación con otro padecimiento

Sí ☐

No ☐

¿Cuál? _____

← Anexar detalle (Origen y Metástasis)

Detalle de evolución

← Evolución del padecimiento y su estado actual

Tratamiento médico y/o quirúrgico

← Enunciar en términos generales

Maternidad

Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):

Tratamiento quirúrgico

Nombre del hospital

N° de días de estancia hospitalaria

Cirugía realizada

Hallazgos

Se realizó biopsia

Sí ☐ No ☐

Describa el resultado del estudio histopatológico

← Agregar si se efectuó biopsia e Histopatológico

Se presentaron complicaciones

Sí ☐ No ☐

Describa _____

← Solo en caso necesario

Enunciar detalladamente el
esquema de quimioterapia

Medicamentos

Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración	Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Otros tratamientos

Especificar tratamiento

Indicar peso, talla, SCT

En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento

Soporte en guías NCCN y Europea

Días _____ No. de sesiones _____

Sesiones de quimioterapia

Medicamento _____ No. de sesiones _____ Dosis _____ Intervalo _____

Sesiones de rehabilitación física

Días _____ No. de sesiones _____

Se requiere servicio de enfermería

Días requeridos _____ Horas por día _____ ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ 24 horas

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí

-Estudios de laboratorio previo a cada aplicación ¿cuáles?

-Gabinete ¿cuál y con qué frecuencia?

Si lo desea puede enviar Hoja membretada con esquema completo, detallado, calendarizado, incluyendo estudios de monitoreo y control para evitar nuevo reporte hasta requerir algún ajuste o vencimiento a los 6 meses.


reinventando / los seguros

Importante que se encuentren alineados los tratamientos a la especialidad

Datos del médico			
Nombre del médico	Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad
Médico o especialista _____	_____	_____	_____
Anestesiólogo _____	_____	_____	_____
Ayudante 1 _____	_____	_____	_____
Ayudante 2 _____	_____	_____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____	_____	_____

En caso de interconsultantes se deberá entregar un informe médico por cada uno, indicando motivo, días de visita, etc.

Nota:

Como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos 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. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato 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 y que cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario relevará de toda responsabilidad a la compañía.

Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o titular	Lugar y fecha
_____	_____	_____

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

¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamiento de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?

Sí acepto ☐ Fecha y firma del asegurado _____

No acepto ☐ Fecha y firma del asegurado _____

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI - 346 • ABRIL 2015

