

This document has to be filled out by the patient's current physician Este documento debe ser llenado por el médico tratante	Policy No.: Núm. de Póliza	Certificate No. Núm. de Certificado
--	--------------------------------------	---

Patient's Name: Nombre del Paciente:	Last Name	Middle Name	First Name
--	------------------	--------------------	-------------------

Age: Edad	Gender: Sexo	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Claim Cause: Causa	<input type="checkbox"/> Illness Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accident Accidente	<input type="checkbox"/> Pregnancy Embarazo
---------------------	------------------------	--	---	------------------------------	--	--	--

Date of the first consultation for this event: Fecha de inicio de los primeros síntomas	M M D D Y Y Y Y	Is this a referred patient? ¿Paciente Referido?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------	---	------------------------------	-----------------------------

Name of the referral physician: Nombre del médico que refiere:	Last Name	Middle Name	First Name
--	------------------	--------------------	-------------------

Address: Dirección:	Telephone: Teléfono:
-------------------------------	--------------------------------

Mention the relevant affections that the patients has, even if those do not have relationship with this claim:
Mencione afecciones importantes que padezca el paciente aunque no tengan relación con la presente reclamación:

Auxiliary Studies: Estudios Auxiliares	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Which Studies? ¿Cuáles?
--	--	-----------------------------------

Disease's Evolution:
Evolución del Padecimiento

Diagnosis: Impresión Diagnóstica	Definitive Diagnosis: Diagnóstico definitivo
--	--

The disease is: Padecimiento es	<input type="checkbox"/> Congenital Congénito	<input type="checkbox"/> Acquired Adquirido	Treatment: Tratamiento	<input type="checkbox"/> Medical Médico	<input type="checkbox"/> Surgical Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Specify Especifique
---	--	--	----------------------------------	--	---	---

Evolution: Evolución de:	<input type="checkbox"/> 1-30 day 1-30 días	<input type="checkbox"/> 1-3 months 1-3 meses	<input type="checkbox"/> 3-6 months 3-6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 months 6-12 meses	<input type="checkbox"/> More than 1 year Más de un año	<input type="checkbox"/> + 2 years + 2 años
------------------------------------	--	--	--	--	--	--

In case of Hospitalization: En caso de Hospitalización:

Hospital's name: Nombre del Hospital:	Handicapped? Incapacidad:
---	-------------------------------------

Inpatient date: Internamiento:	M M D D Y Y Y Y	Surgery Date: Fecha de cirugía:	M M D D Y Y Y Y	Outpatient Date: Fecha de alta:	M M D D Y Y Y Y
--	-----------------	---	-----------------	---	-----------------

Mention the Physician's names that have direct intervention on this patient's procedures:
Mencione el nombre y especialidad de los médicos que participaron en la intervención:

In case of cesarean section, write down how many previous c-sections the patient had? En caso de cesárea, anote el numero de cesáreas previas	<input type="checkbox"/>	Notes: Observaciones:
---	--------------------------	---------------------------------

Important: As the current physician, I authorize the hospital where the patient has been, to give AXA Seguros S.A. de C.V. all the medical records relative to the health condition of my patient, even the information from past diseases the patient had had. For the matter I relay the institutions of persons who have do with the case, the professional secret and I witness that the photostatic copy is as good as the original. Under the protest of telling the truth, that the information rendered by this way is taken directly as the insureded, and the medical file that I have.

Importante: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que se otorgue 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 le mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Physician's Information: Datos del Médico:

Physician's name: Nombre del Médico:	Specialty: Especialidad:
--	------------------------------------

Address Dirección	Telephone:() Teléfono	Register # Cédula Profesional
-----------------------------	----------------------------------	---

Dated in: _____, on _____, 20____	Physician's Signature
-----------------------------------	------------------------------