



**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.
------------------	-----------------	-------------------	--------------	--------------	-------------

**OBSERVACIONES**


**TRATAMIENTO**

Descripción de Tratamiento, anterior y actual, especificando dosificación y fecha de inicio


¿Hubo Complicaciones?    Sí     No 

Descripción de Complicaciones

- 1.
- 2.
- 3.

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

Estudios realizados y resultados relevantes

--

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))		Teléfono y Lada
Especialidad	R.F.C.	Teléfono Celular
Cédula Profesional	Cédula de Especialidad o Certificación	
No. de Proveedor	Correo electrónico	

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 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.

<b>FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE</b>	<b>LUGAR Y FECHA</b>

**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. Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco, 10400 México, D.F. - RFC: ASE931116231, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios).**

Aviso: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.