

Fecha de los primeros síntomas	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio del tratamiento		
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico				
Tiene relación con otro padecimiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar				
Estudios realizados que respaldan el procedimiento				
Fecha de programación del evento		Horario de ingreso del paciente <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino		
Maternidad				
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):				
Programación de procedimientos quirúrgicos, tratamientos o estudios				
Sitio en el cual se realizará el procedimiento:				
<input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado hospital				
Indique el nombre del hospital				
Noches de estancia hospitalaria contempladas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> de 1 a 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 <input type="checkbox"/> Más de 3				
Programación de 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.				

Programación de tratamiento			
Especificar tratamiento _____	Días _____	No. de sesiones _____	
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia			
Medicamento _____	No. de sesiones _____	Dosis _____	Intervalo _____
Programación de sesiones de rehabilitación física			
Días _____	No. de sesiones _____		
Se requiere servicio de enfermería			
Días requeridos _____	<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertino	<input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas

Información del Médico y/o proveedor			
Datos del médico tratante			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) _____			Médico en convenio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cédula profesional _____	Especialidad _____	Cédula de especialidad _____	
R.F.C. _____	Teléfono 01 _____	Teléfono celular 044 _____	
Correo electrónico _____			

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, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. 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 cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la aseguradora.

Datos personales	
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma _____ Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. "En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma ". Sí ___ No ___ Firma _____ El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V. , se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx , en la sección aviso de privacidad. En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.	

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 tratamientos 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 <input type="checkbox"/>	No acepto <input type="checkbox"/>
Fecha y firma del asegurado _____	Fecha y firma del asegurado _____

Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha

Documentación a anexar a esta solicitud:

- Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).
- Copia de resultados de estudios que confirman el diagnóstico y/o respaldan el tratamiento indicado.

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI - 345 • ABRIL 2015

