



Diagnóstico(s)											
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):											
Fecha de padecimiento:			Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:			Día	Mes	Año
Tipo de padecimiento: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico Tiempo de evolución: _____											
Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):											
¿Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____											
¿El padecimiento ocasionó incapacidad? Desde: Hasta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total _____											
Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):											
Código ICD: _____						¿Es cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estadificación TNM: _____					
Señale los datos relevantes de exploración física:											
Describa los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:											
Tratamiento											
Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):											
Fecha de cirugía:			Fecha de hospitalización:			Fecha de alta:					
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			



Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:
 Consultorio Hospital Gabinete Otro Especifique: _____

En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:

¿Se realizó estudio histopatológico? Sí No
Describe el resultado del estudio histopatológico:

¿Se presentaron complicaciones? Sí No
Describe las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí No
Describe el tratamiento (número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej. Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 hrs.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

AI - 346 • FEBRERO 2022



Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?

Días requeridos: _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Descripción de actividades:

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

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos de ortopedia, neurocirugía, cardiología y aquellos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especializado y/o renta de equipos especializados, se deberá llenar el siguiente apartado.

Plan terapéutico a seguir

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada):

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado:

AI - 346 • FEBRERO 2022



Solicitud de material o rentas de equipo

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Especialidad:	
Especialidad:		Cédula profesional:	
Cédula profesional:		Cédula de especialidad:	
Cédula de especialidad:		RFC a facturar:	
RFC a facturar:		Domicilio:	
Domicilio:		Teléfono:	
Teléfono:		En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico	
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico		Nombre común:	
Nombre común:		Razón social:	
Razón social:		Ayudante 2	
Ayudante 1		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Otros médicos:	
Otros médicos:		Firma del médico	
Firma del médico		Lugar y fecha	
Lugar y fecha			

AI - 346 • FEBRERO 2022



Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el Aviso de Privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección "Aviso de Privacidad".

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____

No acepto

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y, en su caso, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____

No acepto