



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:

 Consultorio     Hospital     Gabinete     Otro    Especifique: \_\_\_\_\_
**En caso de haber seleccionado hospital**

Indique el nombre del hospital

 Noches de estancia hospitalaria contempladas     Ninguna     de 1 a 2     de 2 a 3     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 \_\_\_\_\_  Matutino  Vespertino  Nocturno  24 horas

**Información del Médico y/o proveedor**
**Datos del médico tratante**

 Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) \_\_\_\_\_ Médico en convenio Sí  No 

Cédula profesional \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Cédula de especialidad \_\_\_\_\_

 R.F.C. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 01 \_\_\_\_\_ 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  Fecha y firma del asegurado \_\_\_\_\_ No acepto  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

