

**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

**Tratamiento**

Código CPT-4 Para uso exclusivo de Seguros	Descripción de Tratamiento	Fecha de Inicio		
1.- _____	1: _____	Día	Mes	Año
2.- _____	2: _____			
3.- _____	3: _____			

¿Hubo Complicaciones?	Descripción de Complicaciones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1: _____
	2: _____
	3: _____

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

**Datos Generales del Médico Tratante**

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Especialidad \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Cédula de Especialidad o Certificación \_\_\_\_\_  
 No. de Proveedor \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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 y 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.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante

**"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. con dirección y RFC ya conocidos, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios)"**

Centro de Contacto 24 horas:  
 Gastos Médicos 51 69 27 27  
 Lada sin costo 01 800 466 1AXA  
 Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221

**Aviso:**

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