



Instrucciones

1. Este formato debe llenarse por el médico tratante que atiende al paciente.
2. Dependiendo el procedimiento interno del hospital y si forma parte o no de nuestros prestadores en convenio para pago directo, llene este formato y entréguelo al paciente, familiar o personal del hospital correspondiente para su posterior entrega a AXA.
3. Cualquier modificación o alteración de la información médica aquí declarada surtirá efectos legales.

Información de su paciente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Edad	Causas de la atención médica <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Embarazo			Fecha de elaboración	Día	Mes	Año
Talla	Peso	Tensión arterial (TA)	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura				
cm	kg	mm/Hg	x'	x'	°C				

Antecedentes patológicos

--

Diagnóstico(s)

Principales signos, síntomas y detalles de evolución	Fecha de inicio de síntomas
	Día Mes Año
Dependiendo el tipo de padecimiento, indique el periodo de evolución	
<input type="checkbox"/> 1 a 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 a 12 meses
<input type="checkbox"/> 3 a 6 meses	<input type="checkbox"/> Más de un año

1)
2)
3)

Fecha del diagnóstico	Día	Mes	Año	Tipo de padecimiento
				<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico
¿Se relaciona su diagnóstico a otra enfermedad o accidente?				Fecha en que vio por primera vez al paciente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				Día Mes Año

Nombre del hospital o lugar donde tuvo o tendrá la cirugía o tratamiento médico	Ciudad
Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Día Mes Año	Día Mes Año

Tipo de estancia Urgencia Hospitalaria Corta estancia/Ambulatoria

Estudios practicados al paciente

a) Cirugía

Describe el procedimiento quirúrgico

En caso de cirugía ortopédica, cardiológica o neurológica, indique el material a emplear

Indique el nombre del equipo quirúrgico incluyendo interconsultantes	Especialidad
Anestesiólogo _____	_____
Ayudante 1 _____	_____
Ayudante 2 _____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____

