

Para facilitar los trámites de este documento, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Nombre del Asegurado		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad	Ocupación
Motivo de consulta		
Antecedentes personales patológicos del Asegurado		
(Se deberá indicar los antecedentes de importancia clínica, como enfermedades que padezca el paciente o que haya padecido, indicando la fecha en que se realizó el diagnóstico de la misma, si tiene tratamiento y a la fecha en que se estableció el tratamiento, por ejemplo enfermedades crónicas-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, reumatoide etc. Cirugías realizadas, fecha y la causa por la que le realizaron dicha cirugía, hospitalizaciones, fecha y causa etc.)		
1) Especifique padecimiento, fecha exacta de diagnóstico (día/mes/año) y tratamiento del Asegurado		
Antecedentes personales no patológicos del Asegurado		
(Se anotará aquí lo relacionado a tabaquismo, uso de alcohol, así como diferentes adicciones y su duración, y si es que existe relación con el padecimiento actual o reclamo)		
Alcohol	Tabaquismo	
Drogas	Otros (especificar)	
Padecimiento actual		
(Padecimiento que originó el fallecimiento) En este apartado se debe describir todos los detalles del padecimiento que originó el fallecimiento, incluyendo las complicaciones o los antecedentes desencadenantes de la causa del fallecimiento, con fecha de diagnóstico de cada padecimiento enlistado, así como la fecha exacta en formato (día/mes/año)		
Fecha de inicio de los síntomas: Día Mes Año		Fecha de diagnóstico: Día Mes Año
Descripción y detalles:		

2) Causas del fallecimiento

Padecimiento _____ Fecha de diagnóstico: Día | Mes | Año

Tratamiento

(Describa el o los tratamientos médicos o quirúrgicos que le realizaron al paciente)

3) Datos del hospital donde fue atendido el paciente

Nombre del hospital _____ Dirección _____

Nombre del hospital _____ Dirección _____

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Dirección:

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código Postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Delegación _____ Ciudad / Población _____

() _____ () _____
Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Especialidad _____

Cédula Profesional _____ Firma _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Dirección:

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código Postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Delegación _____ Ciudad / Población _____

() _____ () _____
Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Especialidad _____

Cédula Profesional _____ Firma _____

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Dirección:

Calle / Avenida Número exterior Número interior

Código Postal Colonia / Barrio Municipio / Delegación Ciudad / Población

() ()
Teléfono 1 Teléfono 2 Especialidad

Cédula Profesional Firma

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Dirección:

Calle / Avenida Número exterior Número interior

Código Postal Colonia / Barrio Municipio / Delegación Ciudad / Población

() ()
Teléfono 1 Teléfono 2 Especialidad

Cédula Profesional Firma

Fecha en que se elabora la historia clínica: Día | Mes | Año

Nota: Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada de manera directa tanto del paciente Asegurado o del familiar en caso de fallecimiento, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Es importante que el informe médico sea llenado en su totalidad y esté firmado por el o los médicos tratantes, para que sea tomado como válido por la aseguradora.

Toda inexacta o falsa declaración vertida en este formato, eximirá a la aseguradora de cualquier responsabilidad.

