

Debe ser contestado por el Médico Tratante

No. de Póliza: _____ No. de Certificado: _____

Paciente: _____
 Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Causa de la Reclamación: Enfermedad Accidente Embarazo

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad o accidente: _____
 Día Mes Año _____ ¿El paciente fue referido por otro Médico? Sí No

Nombre del otro médico: _____
 Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos: _____
 Día Mes Año _____ Principales Signos y Síntomas: _____

Mencione las afecciones importantes que padezca el paciente aunque no tengan relación con la presente reclamación:

Estudios auxiliares: Sí No ¿Cuáles? _____

Evolución del Padecimiento:

Impresión Diagnóstica: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

El padecimiento es: Congénito Adquirido

Con una evaluación: 1 a 30 Días 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año Más de 2 años

Tratamiento: Médico Quirúrgico Especifique: _____

En caso de Hospitalización

Nombre del Hospital: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de la Intervención Quirúrgica: _____ Fecha de Alta: _____
 Día Mes Año _____ Día Mes Año _____ Día Mes Año _____

¿La enfermedad o lesión requiere Incapacidad? Sí No Parcial Total Desde _____ Hasta: _____
 Día Mes Año _____ Día Mes Año _____

Mencione el nombre y la especialidad del(os) médico(s) que participa(n) en la intervención:

En caso de cesárea, anote el número de cesáreas previas: _____ Observaciones: _____

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Seguros Comercial América, 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, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Datos del Médico

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Dirección Consultorio: _____

Teléfono: _____ Cédula Prof.: _____ R.F.C. _____ Radio Localizador _____

Lugar _____ Fecha _____
 Día Mes Año _____

Centro de Atención 24 hrs.:
 Gastos Médicos 51 69 27 27
 Lada sin costo 01 800 00 18 700
 Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221

 Firma del Médico

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