

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.