



This document has to be filled out by the patient's current physician Este documento debe ser llenado por el médico tratante				Policy No.: Núm. de Póliza				Certificate No. Núm. de Certificado							
Patient's Name: Nombre del Paciente:		Last Name				Middle Name				First Name					
Age: Edad		Gender: Sexo		☐ Male Masculino		☐ Female Femenino		Claim Cause: Causa		☐ Illness Enfermedad		☐ Accident Accidente		☐ Pregnancy Embarazo	
Date of the first consultation for this event: Fecha de inicio de los primeros síntomas								MM DD YY YY		Is this a referred patient? ¿Paciente Referido?		☐ Yes		☐ No	
Name of the referral physician: Nombre del médico que refiere:				Last Name				Middle Name				First Name			
Address: Dirección:										Telephone: Teléfono:					

Mention the relevant affections that the patients has, even if those do not have relationship with this claim:
Mencione afecciones importantes que padezca el paciente aunque no tengan relación con la presente reclamación:

Auxiliary Studies: Estudios Auxiliares		☐ Yes ☐ No		Which Studies? ¿Cuáles?	
---	--	--	--	----------------------------	--

Disease's Evolution:
Evolución del Padecimiento

Diagnosis: Impresión Diagnóstica				Definitive Diagnosis: Diagnóstico definitivo			
-------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--

The disease is: Padecimiento es		☐ Congenital Congénito		☐ Acquired Adquirido		Treatment: Tratamiento		☐ Medical Médico		☐ Surgical Quirúrgico		☐ Specify Especifique	
Evolution: Evolución de:		☐ 1-30 day 1-30 días		☐ 1-3 months 1-3 meses		☐ 3-6 months 3-6 meses		☐ 6-12 months 6-12 meses		☐ More than 1 year Más de un año		☐ + 2 years + 2 años	

In case of Hospitalization: En caso de Hospitalización:

Hospital's name: Nombre del Hospital:										Handicapped? Incapacidad:					
Inpatient date: Internamiento:				Surgery Date: Fecha de cirugía:				Outpatient Date: Fecha de alta:				☐ Yes ☐ No ☐ Partial ☐ Total			

Mention the Physician's names that have direct intervention on this patient's procedures:
Mencione el nombre y especialidad de los médicos que participaron en la intervención:

In case of cesarean section, write down how many previous c-sections the patient had? En caso de cesárea, anote el numero de cesáreas previas				☐				Notes: Observaciones:			
--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	--------------------------	--	--	--

Important: As the current physician, I authorize the hospital where the patient has been, to give AXA Seguros S.A. de C.V. all the medical records relative to the health condition of my patient, even the information from past diseases the patient had had. For the matter I relay the institutions of persons who have do with the case, the professional secret and I witness that the photostatic copy is as good as the original. Under the protest of telling the truth, that the information rendered by this way is taken directly as the insureded, and the medical file that I have.

Importante: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que se otorgue 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 le mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

Physician's Information: Datos del Médico:

Physician's name: Nombre del Médico:				Specialty: Especialidad:							
Address Dirección				Telephone:() Teléfono				Register # Cédula Profesional			

Dated in: _____, on _____, 20____								Physician's Signature			
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--