

1. Instrucciones

- A. Este formato debe ser llenado y firmado con letra de molde y tinta por el médico responsable de la atención médica.
- B. No dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- C. Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras y de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.

2. Datos del asegurado

Nombre completo del paciente: nombre(s), apellido paterno y apellido materno:

Fecha de nacimiento:

3. Historia clínica

Fecha del accidente:

Fecha de la 1a. consulta:

Mecanismo de la lesión:

Diagnóstico:

Descripción de las lesiones:

Tratamiento y descripción de los medicamentos:

Fecha calculada para el término del tratamiento: _____

Mencione detalladamente el resultado de los estudios de laboratorio y gabinete practicados

Fecha:

Tipo de estudio y resultados:

Costo estimado del
tratamiento completo:

Servicios: \$ _____

Honorarios médicos: \$ _____

4. Datos del médico

Nombre del médico: nombre(s), apellido paterno y apellido materno:

RFC:

Cédula profesional:

Nombre de la especialidad del médico:

No. de certificado o cédula de la especialidad:

Dirección:

Teléfono (incluirla):

Teléfono celular:

NOTA: Como médico tratante del paciente, autorizo a los hospitales donde fue tratado el paciente, a que proporcionen a Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V., todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de los padecimientos anteriores. Así mismo relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de Aserta Seguros Vida S.A. de C.V., hacia el asegurado.

Firma del médico

5. Responsable del paciente

Nombre del responsable: nombre(s), apellido paterno y apellido materno:

Parentesco:

Firma del responsable

Teléfono de contacto:

Aviso de Privacidad. Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V.; con domicilio en Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade Piso 9, Col. Parque del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14010, México, CDMX; protege, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios y productos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre, conservación e integración de expedientes de identificación, evaluar calidad en servicios e informarle de nuevos servicios y productos. El contenido íntegro de este AVISO está a su disposición en www.asertavida.com.mx

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V.

Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Piso 9, Col. Parque del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14010, México, CDMX
 800 911 0900 desde cualquier punto de la República Mexicana.

www.asertavida.com.mx