



**Instrucciones Especiales**

- 1.- Este formato debe de ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será valido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**DATOS DEL ASEGURADO / PACIENTE**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Edad

Sexo:  M  F      Se trata de:      Accidente       Enfermedad       Embarazo

**HISTORIA CLÍNICA**

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente o embarazo:

Día	Mes	Año

Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes gineco-obstétricos:

Antecedentes perinatales (si es necesario):

**PADECIMIENTO ACTUAL**

Principales signos y síntomas:

**Fecha de inicio**

Día	Mes	Año

Descripción del Diagnóstico y Etiología:

**Fecha de diagnóstico**

Día	Mes	Año

El padecimiento es:       Congénito       Adquirido       Agudo       Crónico

Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente:       Si       No

¿Cual?

Resultado de la exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)


Descripción del tratamiento:


En caso de complicaciones favor de mencionarlas:


**EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN**

Nombre del Hospital Ciudad Estado

Tipo de estancia:  Urgencias  Hospitalaria  Corta Estancia / Ambulatoria

Fecha de ingreso Día Mes Año Fecha de egreso Día Mes Año

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio Calle y No.	Colonia	Código Postal	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Teléfono Particular	Oficina	Celular	Correo Electrónico
Especialidad	Cédula Profesional	R.F.C.	

"La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares"

Lugar y fecha

Firma del Médico tratante



Este documento deberá de ser llenado según aplique, cuidando en proporcionar información correcta y detallada, y firmada por el asegurado. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

**Nombre o Razón Social del Contratante**

Número de póliza:

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Domicilio Calle y No.		Colonia
		Código Postal
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa
Teléfono Particular	Oficina	Celular
		Correo Electrónico

Fecha de nacimiento  Día  Mes  Año  Edad  Sexo  M  F

C.U.R.P.  R.F.C.

Estado Civil:  Soltero  Casado Nacionalidad  Mexicana  Extranjera

**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
C.U.R.P. <input type="text"/> R.F.C. <input type="text"/>		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	
Ocupación	Lugar donde trabaja	
Parentesco con el titular		

**INFORMACION DEL ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD**

Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra compañía ? Si  No

Nombre de la Compañía  Número de siniestro

Se trata de:  Accidente  Enfermedad  Embarazo

Indique el motivo por el cuál recibió la atención médica:

Fecha en que visitó por primera vez al médico por causa de esta enfermedad:  Día  Mes  Año

Si es accidente detalle cómo y dónde ocurrió ?

Que estudios de laboratorio y rayos X le fueron realizados ?

Hospital en el que fue atendido:  Número de días hospitalizado  Día  Mes  Año

En caso de accidente automovilístico existe seguro del (de los) automóvil(es) Si  No  Nombre de la Compañía  Número de Póliza

Tomó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si  No

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Lugar de la atención:  Consultorio Médico  Hospital  Domicilio  Otro

El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado al suscrito o a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a Chubb de México Compañía de Seguros S.A. de C.V., o a su representante, toda la información y documentación con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, por mencionar, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias del resumen clínico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentadas por mí a la institución, la copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Día  Mes  Año

Nombre y firma del asegurado afectado

Nombre y firma del asegurado Titular