INFORME MÉDICO

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

☐ Programación de cirugía ☐ Tratamiento médico ☐ Reembolso

Muy importante
Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Instrucciones:
1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)	Sexo (F / M)

Causa de atención
☐ Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente

Referido por otro médico o unidad
Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

Historia Clínica

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____
Antecedentes gineco-obstétricos	**Antecedentes perinatales (si es necesario)**
G ___ / P ___ / A ___ / C ___ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio (Día / Mes / Año)

Código CIE-10	Descripción del diagnóstico	Fecha de diagnóstico (Día / Mes / Año)

Tipo de padecimiento ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000 Fax: 55 9177 5110 www.segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Historia clínica

Tipo de padecimiento	Descripción del tratamiento
☐ Congénito ☐ Adquirido	Fecha de inicio Día Mes Año
¿Hubo complicaciones? ☐ Si ☐ No	Describa complicaciones
Observaciones	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados. Anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico	

Nombre del hospital	Tipo de estancia	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
	☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / Ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año

Datos del médico tratante

Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red ☐ Si ☐ No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, 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 involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme ala 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.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000 Fax: 55 9177 5110 www.segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: 55 9177 5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas,S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante para el Asegurado titular y Afectado: El servicio que el hospital proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y Usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente. Seguros Atlas, S.A. no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Aplicación Atlas Conmigo

En caso de hacer su reclamación de siniestro en la aplicación Atlas Conmigo, en la que la documentación podrá remitirse en archivo digital, se compromete a resguardar por un plazo de 5 años los documentos, en caso de no ser así a sacar en paz y a salvo a Seguros Atlas de cualquier reclamo por la carencia de los documentos originales.

Nota Importante para el Médico: Se le informa al médico que el presente informe y su contenido carecerán de valor en los términos del Aviso de Privacidad sin la firma del asegurado afectado y en caso de minoría de edad se requerirá de firma del asegurado titular. Por lo anterior solicitamos su amable cooperación para recabar la firma correspondiente.

_____ _____

Lugar y fecha Firma del médico tratante

_____

Nombre y firma del paciente

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 25 de octubre de 2021, con el número CGENS0023- 0090-2021 y 1 de septiembre de 2021, con el número CGEN-S0023-0091-2021."

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: 55 9177 5000 Fax: 55 9177 5110 www.segurosatlas.com.mx