AIG

Formato de informe médico

(Llenado exclusivo por el médico tratante)

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: DD MM AA Edad: _____ Sexo: ◯ M ◯ F Teléfono de contacto: _____

II. DATOS DEL SINIESTRO

Número de póliza: _____ Número de siniestro: _____ Fecha del accidente: DD MM AA Hora aproximada: _____

Descripción detallada del accidente (especificar tiempo, modo y lugar de ocurrencia):

_____

_____

Mecanismo de lesión: _____

_____

Clasificación del padecimiento: ◯ Accidente ◯ Enfermedad ◯ Padecimiento congénito ◯ Agudo ◯ Crónico ◯ Otro: _____

¿El evento actual esta relacionado con algún padecimiento previo? ◯ Sí ◯ No En caso afirmativo, especifique: _____

III. INFORMACIÓN CLÍNICA

Antecedentes personales patológicos: _____

_____

_____

Antecedentes traumáticos: _____

_____

_____

Antecedentes quirúrgicos: _____

_____

_____

Hospitalización(es) previa(s): _____

_____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de la primera consulta: DD MM AA Diagnóstico Clave(s) CIE-10: _____

Diagnóstico(s) principal(es): _____

_____

Descripción de lesiones (tipo, localización, severidad): _____

_____

Estudios realizados: ◯ No se realizaron ◯ Sí se realizaron (especificar): _____

Narrativa e interpretación médica de estudios complementarios (si se realizaron estudios de gabinete, describa hallazgos relevantes que confirmen el diagnóstico):

_____

_____

_____

IV. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Tratamiento indicado: ◯ Médico ◯ Quirúrgico ◯ Farmacológico ◯ Rehabilitación ◯ Otro: _____

Describa brevemente el tratamiento actual y/o futuro: _____

_____

¿Requiere tratamiento futuro? ◯ No ◯ Sí En caso afirmativo, detalle presupuesto estimado: _____

_____

_____

Fecha calculada del(os) término(s) del(os) tratamiento(s):
DD MM AA

Servicios médicos complementarios (rehabilitación, estudios, etc.): $ _____ MXN
Honorarios médicos estimados: $ _____ MXN
Total proyectado: $ _____ MXN

Tipo de pronóstico:
◯ Bueno ◯ Malo
◯ Reservado a: _____

AIG

Formato de informe médico

(Llenado exclusivo por el médico tratante)

V. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Fecha del último control médico: DD MM AA Consulta subsecuente: DD MM AA Informe final: DD MM AA

Otro: _____ DD MM AA

Situación actual: ◯ En recuperación ◯ Alta médica (fecha): DD MM AA ◯ Presenta secuelas permanentes

◯ Otro (describa): _____

Detalle si hay secuelas u observaciones relevantes: _____

VI. INCAPACIDAD MÉDICA

¿Requirió incapacidad? ◯ Sí ◯ No Fecha de inicio: DD MM AA Fecha de término (efectiva o estimada): DD MM AA Número total de días: _____

¿Puede realizar actividades cotidianas y/o laborales actualmente? ◯ Totalmente apto ◯ Parcialmente apto ◯ No apto

Observaciones: _____

VII. OBSERVACIONES ADICIONALES

VIII. VALIDACIÓN DEL INFORME

Lugar de elaboración: _____ Fecha: DD MM AA

Datos y firma del médico tratante

Nombre completo:

Cédula profesional:

Especialidad y número de Cédula:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Firma autógrafa:

Sello:

Firma del Lesionado o Responsable del paciente

Nombre completo:

Parentesco (si aplica):

Fecha: DD MM AA

Firma:

IX. CONSENTIMIENTO

AIG Seguros México S.A de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 1136, Tlacoquemécatl del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03219, Ciudad de México, es la entidad responsable del tratamiento de tus datos personales que recabamos directamente de ti, a través del llenado de este formato. Tus datos personales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro y dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del seguro mencionado. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y los avisos de privacidad aplicables.

Al llenar este formato, estás manifestando tu consentimiento para usar, transferir y almacenar tus datos personales (patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados). Podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, sin que se te atribuyan efectos retroactivos, en los términos indicados en el aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., mismo que está a tu disposición en la página de internet: **www.aig.com.mx**
Manifiesto que leí el Aviso de Privacidad de la entidad mencionada previamente a proporcionar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

_____
Nombre y firma del afectado

Nota importante: En caso de ser menor de edad, sólo especificar el nombre del afectado, debiendo de firmar el padre, madre o tutor en su nombre.

Los datos personales serán tratados de conformidad a lo dispuesto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el Aviso de Privacidad que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx
Por favor consulta el Aviso de Privacidad antes de proporcionar tus datos personales.