Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Siniestros Gastos Médicos

Medical report must be answered by primary physician

Patient	Last name	Mother's last name	First name

Age	Sex	Reason for the claim
	☐ M ☐ F	Accident ☐ Disease ☐ Pregnancy ☐

The patient was referred by another physician? Yes ☐ No ☐	Date in which you took care of this patient for the first time due to this accident or disease	D	M	Y

Name of the other physician	
Address	Telephone

Date of the initial signs and / or symptoms	Date	Month	Year	Main signs and symptoms

Mention the most important diseases the patient has, despite not having relationship with this claim	
Test performed Yes ☐ No ☐	Name them

Illness evolution

Diagnostic Impression

Definitive diagnostic and procedure performed

The disease is	With an evolution of
Congenital ☐ Acquired ☐	1 to 30 days ☐ 3 to 6 days ☐ More than one year ☐ 1 to 3 months ☐ 6 to 12 months ☐ More than two years ☐
Treatment Medical ☐ Surgical ☐	Specify

In case of hospitalization

Name of the hospital												
Date of Admission	Date	Month	Year	Date of surgical intervention	Date	Month	Year	Discharge date	Date	Month	Year	

The disease or injuries was incapacitating Yes ☐ No ☐ Partial ☐ Total ☐	From	Date	Month	Year	To	Date	Month	Year

Give the name and the specialty of the physician(s) that participated in the surgical procedure

In the case of a cesarean section, mention the number of previous C-section

Comments

Note: As primary care physician, I authorize the hospital where the patient was treated, to release information in regards to his health, including information of previous illness to Seguros Atlas, S.A.
A copy of this authorization has the same value of an original.
I declare that the information given in this form was taken from the insured patient as well as from the medical record which I possess.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55) 9177-50-00
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Medical History

Last name	Mother's last name	First name	
Age	Sex ☐ M ☐ F	Occupation	Civil status
Present illness: date of first signs and/or symptoms			
Initial signs and/or symptoms			
Evolution (main signs and symptoms) (first consultation)			
Test performed			
Diagnosis			
Treatment			
Prognosis			
Past medical and surgical illness			
Gynecology-obstetric illness			
Non-medical history			
Patient previous diseases that are related or not with present illness			
Physical exam Hr _____ X' Resp.r _____ X' Temp.r _____ °C B.P. _____ mmHg.			
Comments on primary diagnosis or definitive diagnosis			

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja
Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55) 9177-50-00
www.segurosatlas.com.mx segatlas@segurosatlas.com.mx

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Comments from primary physician
Other participating physicians Signature
Anesthesiologist

Physician name		Specialty
Address		
Telephone	Professional registration number	Board certificate number
R.F.C. (Tax identification number)	Beeper	
City and date	Physician signature	
Patient signature		

Notice: The mishandling of information or false declaration given to this medical report will invalidate all responsibility from the insurance company.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página **www.segurosatlas.com.mx,** o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.