



Gastos Médicos Mayores  
Protección Diabetes  
Informe Médico Consultas de Monitoreo

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. Debe ser llenado por el médico.
3. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
4. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.

Información general			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Resumen Médico			
Peso	Talla	Frecuencia cardiaca	Presión arterial
Hallazgos exploración física		Hallazgos fondo de ojo	
Resultados de estudios de laboratorio			
Hemoglobina glicosilada	Proteína en orina <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		
Tratamiento médico			
Datos del médico			
Nombre del médico	Especialidad <input type="checkbox"/> Internista <input type="checkbox"/> Endocrinólogo <input type="checkbox"/> Familiar		
Cédula profesional		Cédula de especialidad	
Firma del médico tratante	Firma del Asegurado titular	Lugar y fecha	
Datos personales			
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.			
Transferencia de datos a terceros			
Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad.			
Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____			
Autorizo que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.			
<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____			
<input type="checkbox"/> No acepto			