



Diagnóstico(s)

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	Día	Mes	Año

Tipo de padecimiento:
 Congénito Adquirido Agudo Crónico Tiempo de evolución: _____

Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

¿Tiene relación con otro padecimiento? Sí No
 ¿Cuál? _____

¿El padecimiento ocasionó incapacidad?	Desde:	Hasta:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	_____	_____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____	¿Es cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estadificación TNM: _____
-------------------	--

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describe los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:	Fecha de hospitalización:	Fecha de alta:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año

Días que se brindó atención médica:

AI-461 • JULIO 2025



Sitio en el cual se realizará el procedimiento:
 Consultorio Hospital Gabinete Otro Especifique: _____

En caso de haber seleccionado "Hospital", indique el nombre del hospital:

¿Se realizó estudio histopatológico? Sí No
 Describa el resultado del estudio histopatológico:

¿Se presentaron complicaciones? Sí No
 Describa las complicaciones:

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí No
 Describa el tratamiento (número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):

AI-461 • JULIO 2025

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej. Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej. 1 tableta)	Cada cuánto (Ej. Cada 24 hrs.)	Durante cuánto tiempo (Ej. Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?

Días requeridos: _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Descripción de actividades:

En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos de ortopedia, neurocirugía, cardiología y aquellos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especializado y/o renta de equipos especializados, se deberá llenar el siguiente apartado.

Plan terapéutico a seguir

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada):

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento programado:

AI-461 • JULIO 2025



Solicitud de material o rentas de equipo

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores; en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:

	Cantidad	Insumo o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Especialidad:	
Especialidad:		Cédula profesional:	
Cédula profesional:		Cédula de especialidad:	
Cédula de especialidad:		RFC a facturar:	
RFC a facturar:		Domicilio:	
Domicilio:		Teléfono:	
Teléfono:		En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico	
En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico		Nombre común:	
Nombre común:		Razón social:	
Razón social:		Ayudante 2	
Ayudante 1		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Otros médicos:	
Otros médicos:		Firma del médico	
Firma del médico		Lugar y fecha	
Lugar y fecha			

AI-461 • JULIO 2025



Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Aviso de Privacidad

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para procesar la presente solicitud, en su caso la operación de la póliza, así como para todos los demás fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. Con la firma de esta solicitud de seguro, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados.

Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx

Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.

Firma del asegurado: _____

AI-461 • JULIO 2025