

|                        |                                                                                                                                |                                                                                            |                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Apellidos del Paciente | Nombre(s) del Paciente                                                                                                         | Edad                                                                                       | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Ocupación              | Causas de Atención<br><input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente | Referido por otro Médico<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? |                                                            |

|                                                                  |                                        |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Historia Clínica (importante especificar el tiempo de evolución) |                                        |
| Antecedentes Personales Patológicos                              | Antecedentes Personales No Patológicos |
|                                                                  |                                        |
| Antecedentes Gineco-Obstétricos                                  | Antecedentes Perinatales               |
|                                                                  |                                        |

|                                                                                                                                                               |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Padecimiento Actual                                                                                                                                           |                                               |
| Signos y síntomas<br>En caso de accidente referir cómo, cuándo y dónde sucedieron los hechos.                                                                 | Fecha de Inicio síntomas<br>Día    Mes    Año |
| Código CIE 10                                                                                                                                                 | Diagnóstico                                   |
|                                                                                                                                                               |                                               |
| Tipo de Padecimiento<br><input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico |                                               |
| ¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Cuál?                  |                                               |
| Estudios de laboratorio y gabinete practicados                                                                                                                |                                               |

|                |             |
|----------------|-------------|
| Tratamiento    |             |
| Código CTP-4   | Tratamiento |
|                |             |
| Complicaciones |             |

|                                                                                              |                                      |                                       |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Incapacidad                                                                                  |                                      |                                       |                                                                    |
| Tipo de Incapacidad<br><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente | Fecha de inicio<br>Día    Mes    Año | Fecha de Término<br>Día    Mes    Año | Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación<br>Día    Mes    Año |

|                     |                                                                          |                                                                         |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalización     |                                                                          |                                                                         |
| Nombre del Hospital | Fecha y Hora de Ingreso<br>Día    Mes    Año<br><br>Hora    Minutos<br>: | Fecha y Hora de Egreso<br>Día    Año    Mes<br><br>Hora    Minutos<br>: |

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Datos Generales del Médico Tratante |          |
| Apellido Paterno, Materno y Nombre  |          |
|                                     |          |
| Especialidad                        | R.F.C    |
| Código Profesional                  | Teléfono |
|                                     |          |
| Celular                             | E-mail   |

Nota: Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

1. ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DEMOLDE.

2. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.

3. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS O ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

**Sección para uso del paciente. En caso se trate de un menor de edad, deberá ser firmado por el padre o tutor legal.**

☐ Autorizo al hospital y a los médicos que me atiendan a proporcionar toda la información que le sea solicitada por Chubb Seguros México, S.A., con relación a la presente reclamación. En caso de no ser el beneficiario, reconozco tener facultad y/o el consentimiento del titular para que Chubb Seguros México, S.A., trate estos datos personales.

Firma del paciente