

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL TITULAR A CARGO DEL AFECTADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y EN LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Fecha: _____ Ciudad o Lugar: _____

Sección para ser llenada por el asegurado
DATOS DEL AFECTADO

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Años

 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa

Nombre del Contratante: _____

Nombre del Hospital: _____

 Póliza: **2902200003979**
INFORMACIÓN MÉDICA

Describa AMPLIAMENTE cómo y dónde ocurrió el accidente:

 Fecha del Ocurrido: ____ / ____ / ____ Hora: ____
dd mm aaaa

Lesiones Presentadas:

VISIÓN GASTRONÓMICA S DE RL DE CV

Nombre y Firma de Familiar Responsable

Nombre y Firma de Institución Responsable

Sello

Sección para ser llenada por el médico tratante (1)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

 Firma del Médico Tratante:

En caso de requerir más de una intervención médica favor de llenar los recuadros subsiguientes.

SAAE-533

Sección para ser llenada por el médico tratante (2)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

Firma del Médico Tratante

Sección para ser llenada por el médico tratante (3)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

Firma del Médico Tratante