



This document has to be filled out by the patient's current physician Este documento debe ser llenado por el médico tratante	Policy No.: Núm. de Póliza	Certificate No.: Núm. de Certificado
--	--------------------------------------	--

Patient's Name: Nombre del paciente	Last Name Apellido paterno	Middle Name Apellido materno	First Name Nombre(s)
---	--------------------------------------	--	--------------------------------

Age: Edad	Gender: Sexo	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Claim Cause: Causa	<input type="checkbox"/> Illness Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accident Accidente	<input type="checkbox"/> Pregnancy Embarazo
---------------------	------------------------	--	---	------------------------------	--	--	--

Date of the first consultation for this event: Fecha primera consulta por esta enfermedad	M M D D Y Y Y Y Y	Is this a referred patient? ¿Paciente referido?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	-------------------	---	--

Name of the referral physician: Nombre del médico que refiere	Last Name Apellido paterno	Middle Name Apellido materno	First Name Nombre(s)
---	--------------------------------------	--	--------------------------------

Address: Dirección	Telephone: Teléfono
------------------------------	-------------------------------

Disease's Evolution:
Evolución del padecimiento

Diagnosis: Impresión diagnóstica	Definitive Diagnosis: Diagnóstico definitivo
--	--

The disease is: Padecimiento es	<input type="checkbox"/> Congenital Congénito	<input type="checkbox"/> Acquired Adquirido	Treatment: Tratamiento	<input type="checkbox"/> Medical Médico	<input type="checkbox"/> Surgical Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Specify Especifique
---	--	--	----------------------------------	--	---	---

Evolution: Evolución de:	<input type="checkbox"/> 1-30 day 1-30 días	<input type="checkbox"/> 1-3 months 1-3 meses	<input type="checkbox"/> 3-6 months 3-6 meses	<input type="checkbox"/> 6-12 months 6-12 meses	<input type="checkbox"/> More than 1 year Más de un año	<input type="checkbox"/> +2 years +2 años
------------------------------------	--	--	--	--	--	--

In case of Hospitalization:
En caso de hospitalización

Hospital's name: Nombre del hospital	Handicapped? Incapacidad:
Impatient date: M M D D Y Y Y Y Y Internamiento	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No
Surgery Date: M M D D Y Y Y Y Y Fecha de cirugía	<input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Total Parcial Total
Outpatient Date: M M D D Y Y Y Y Y Fecha de alta	

Mention the Physician's names that have direct intervention on this patient's procedures:
Mencione el nombre y especialidad de los médicos que participaron en la intervención:

In case of cesarean section, write down how many previous c-sections the patient had? En caso de cesárea, anote el número de cesáreas previas	<input type="checkbox"/>	Notes: Observaciones
---	--------------------------	--------------------------------

Important: as the current physician, I authorize the hospital where the patient has been, to give AXA Seguros S.A. de C.V. all the medical records relative to the health condition of my patient, even the information from past diseases the patient had had. For the matter I relay the institutions of persons who have do with the case, the professional secret and I witness that the photostatic copy is as good as the original. Under the protest of telling the truth, that the information rendered by this way is taken directly as the insureded, and the medical file that I have.

Importante: como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que se otorgue a AXA Seguros, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo del secreto profesional a las instituciones o personas involucradas y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Physician's Information:
Datos del médico

Physician's name: Nombre del médico	Specialty: Especialidad
---	-----------------------------------

Address: Dirección	Telephone: Teléfono	Register #: Cédula profesional
------------------------------	-------------------------------	--

Dated in: _____, on _____, 20____	Physician's Signature Firma del médico
-----------------------------------	--