

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____
 Fecha de nacimiento: Edad: _____ Sexo: M F Teléfono de contacto: _____

II. DATOS DEL SINIESTRO

Número de póliza: _____ Número de siniestro: _____ Fecha del accidente: Hora aproximada: _____
 Descripción detallada del accidente (especificar tiempo, modo y lugar de ocurrencia):

 Mecanismo de lesión: _____
 Clasificación del padecimiento: Accidente Enfermedad Padecimiento congénito Agudo Crónico Otro: _____
 ¿El evento actual esta relacionado con algún padecimiento previo? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

III. INFORMACIÓN CLÍNICA

Antecedentes personales patológicos: _____

 Antecedentes traumáticos: _____

 Antecedentes quirúrgicos: _____

 Hospitalización(es) previa(s): _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de la primera consulta: Diagnóstico Clave(s) CIE-10: _____
 Diagnóstico(s) principal(es): _____
 Descripción de lesiones (tipo, localización, severidad): _____
 Estudios realizados: No se realizaron Sí se realizaron (especificar): _____

Narrativa e interpretación médica de estudios complementarios (si se realizaron estudios de gabinete, describa hallazgos relevantes que confirmen el diagnóstico):

IV. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Tratamiento indicado: Médico Quirúrgico Farmacológico Rehabilitación Otro: _____
 Describa brevemente el tratamiento actual y/o futuro: _____
 ¿Requiere tratamiento futuro? No Sí En caso afirmativo, detalle presupuesto estimado: _____

Fecha calculada del(os) término(s) del(os) tratamiento(s): <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AA"/>	Servicios médicos complementarios (rehabilitación, estudios, etc.): \$ _____ MXN Honorarios médicos estimados: \$ _____ MXN Total proyectado: \$ _____ MXN	Tipo de pronóstico: <input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Malo <input type="radio"/> Reservado a: _____
---	--	---

V. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Fecha del último control médico: DD MM AA Consulta subsecuente: DD MM AA Informe final: DD MM AA

Otro: _____ DD MM AA

Situación actual: En recuperación Alta médica (fecha): DD MM AA Presenta secuelas permanentes

Otro (describa): _____

Detalle si hay secuelas u observaciones relevantes: _____

VI. INCAPACIDAD MÉDICA

¿Requirió incapacidad? Sí No Fecha de inicio: DD MM AA Fecha de término (efectiva o estimada): DD MM AA Número total de días: _____

¿Puede realizar actividades cotidianas y/o laborales actualmente? Totalmente apto Parcialmente apto No apto

Observaciones: _____

VII. OBSERVACIONES ADICIONALES

VIII. VALIDACIÓN DEL INFORME

Lugar de elaboración: _____ Fecha: DD MM AA

Datos y firma del médico tratante

Nombre completo: _____
Cédula profesional: _____
Especialidad y número de Cédula: _____
Teléfono de contacto: _____
Correo electrónico: _____
Firma autógrafa: _____
Sello: _____

Firma del Lesionado o Responsable del paciente

Nombre completo: _____
Parentesco (si aplica): _____
Fecha: DD MM AA
Firma: _____

IX. CONSENTIMIENTO

AIG Seguros México S.A de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 1136, Tlacoquemécatl del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03219, Ciudad de México, es la entidad responsable del tratamiento de tus datos personales que recabamos directamente de ti, a través del llenado de este formato. Tus datos personales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro y dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del seguro mencionado. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y los avisos de privacidad aplicables.

Al llenar este formato, estás manifestando tu consentimiento para usar, transferir y almacenar tus datos personales (patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados). Podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, sin que se te atribuyan efectos retroactivos, en los términos indicados en el aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., mismo que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx Manifiesto que leí el Aviso de Privacidad de la entidad mencionada previamente a proporcionar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Nombre y firma del afectado

Nota importante: En caso de ser menor de edad, sólo especificar el nombre del afectado, debiendo de firmar el padre, madre o tutor en su nombre.

Los datos personales serán tratados de conformidad a lo dispuesto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el Aviso de Privacidad que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx
Por favor consulta el Aviso de Privacidad antes de proporcionar tus datos personales.