



Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente

Número de póliza o siniestro

Fecha del accidente Fecha DD / MM / AA Hora : A.M. P.M.

Fecha de la 1a. consulta Fecha DD / MM / AA Hora : A.M. P.M.

Mecanismo de la lesión

Diagnóstico

Descripción de las lesiones

Tratamiento y descripción de medicamentos

Fecha calculada de términos del tratamiento DD / MM / AA

Pronóstico de evolución

Interpretación de los estudios que confirman el diagnóstico

Costo estimado del tratamiento completo Servicios \$ _____

Honorarios médicos \$ _____

Médico tratante
Nombre y firma
Cédula profesional
Teléfono particular ()

Responsable del paciente
Nombre y firma
Fecha DD / MM / AA
Teléfono particular ()

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 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.

