

**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: **2902400003103**
**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:

**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: