

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE
■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Fecha de Nacimiento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Edad	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE)	Número de Afiliación
------	---	--	----------------------

■ HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO

Conoce o sabe si el Asegurado padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades, por favor marque:

Antecedentes cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema visual o auditivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema reproductor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en el sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en el sistema digestivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	

En caso de haber marcado alguna de las opciones anteriores o haber atendido al Asegurado por alguna otra causa, por favor detalle la siguiente información:

	Cuadro I	Cuadro II	Cuadro III
Diagnóstico			
Fecha de inicio			
Exámenes practicados			
Secuelas			



■ HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO

Causa del padecimiento:

Accidente

Enfermedad

Fecha de inicio del accidente o enfermedad:

Fecha en que fue consultado por primera vez debido al accidente o enfermedad:

Diagnóstico definitivo sobre el accidente o enfermedad _____

Principales signos y síntomas del padecimiento: _____

Estuvo hospitalizado:

Sí No

Número de días _____

Mencione en que fechas estuvo hospitalizado:

Desde _____ hasta _____

Esta hospitalización tiene relación con algún otro padecimiento anterior: Sí No

Mencione el padecimiento anterior:

Hospital dónde fue atendido:

Le fue realizada alguna cirugía: Sí No

Mencione el tipo de cirugía realizada:

Fecha en que fue realizada la cirugía:

Cuáles estudios de laboratorio o RX le realizaron:

Mencione fechas y resultados de estudios:

Mencione el pronóstico de la lesión o enfermedad a futuro:

Llenar en caso de que el accidente o enfermedad haya ocasionado una pérdida orgánica.

La causa de la pérdida orgánica fue a consecuencia de:

Accidente

Enfermedad

Fecha en que ocurrió el accidente:

Fecha en que ocurrió la pérdida orgánica:

Nombre de la enfermedad que ocasionó la pérdida:

Fecha de inicio de la enfermedad que ocasionó la pérdida:

El padecimiento provocó la pérdida de:

Ojo derecho

Oído derecho

Mano derecha

Pie derecho

Ojo izquierdo

Oído izquierdo

Mano izquierda

Pie izquierdo

Ambos

Ambos

Ambos

Ambos

La pérdida de la vista y/o oído es definitiva

Sí No

La pérdida de pies y/o manos es:

Amputación

Anquilosamiento

Describa brevemente las lesiones sufridas o la causa de la enfermedad que ocasionó la pérdida:

Llenar en caso de que el accidente o enfermedad haya ocasionado una invalidez.

El accidente o enfermedad ocasionó una invalidez:

 Parcial Temporal Parcial Definitiva Total Temporal Total Definitiva

 Fecha en que dio inicio la invalidez: Tiempo probable de la duración de la invalidez: _____

 El padecimiento imposibilita al Asegurado a realizar su trabajo habitual Sí No

Describa el motivo: _____

 El padecimiento imposibilita al Asegurado a realizar sus actividades diarias esenciales para la vida Sí No

Describa brevemente el estado actual de la invalidez: _____

Describa brevemente el pronóstico a futuro de la invalidez: _____

Otros Médico(s) tratante(s) que habitualmente consulta o consultaba el Asegurado.

Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)	Cédula Profesional	Especialidad	Teléfono

Datos del médico que certifica.

Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)	Cédula Profesional	Especialidad

Domicilio (Calle y Número) _____ Colonia _____

Delegación / Municipio _____ Ciudad / Población _____

 Estado _____ Código Postal

Para efectos de validación de esta declaración, se debe anexar copia de una identificación oficial (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional, certificado de matrícula consular, tarjeta única de identidad militar, credenciales y/o carnets de afiliación al IMSS o ISSSTE, tarjetas de afiliación al INAPAM, licencia para conducir y/o credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales).

Antes de firmar, se recuerda que, según lo establecido en el Artículo 506, fracción II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que oculte a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro. Como médico tratante autorizo a los hospitales, laboratorios y demás instituciones de salud donde fue internado o atendido el Asegurado, a que otorguen a Prudential Seguros de México, S.A. de C.V. información que se refiera a la evolución de la salud del mismo. Inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del Historial Clínico.

AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, acepto que los datos personales que proporcione a través de este formato serán tratados por **Prudential Seguros México, S.A. de C.V.**, con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, Downtown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/> Sección Aviso de Privacidad

 Lugar _____ Fecha

Firma _____