

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 cardiacos	<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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de días _____	Mencione en que fechas estuvo hospitalizado: Desde _____ hasta _____
--	---

Esta hospitalización tiene relación con algún otro padecimiento anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mencione el padecimiento anterior:
---	------------------------------------

Hospital dónde fue atendido:	Le fue realizada alguna cirugía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
------------------------------	--

Mencione el tipo de cirugía realizada:	Fecha en que fue realizada la cirugía: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

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: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad	Fecha en que ocurrió el accidente: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Fecha en que ocurrió la pérdida orgánica: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre de la enfermedad que ocasionó la pérdida:
---	--

Fecha de inicio de la enfermedad que ocasionó la pérdida:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

El padecimiento provocó la pérdida de:

<input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Mano derecha	<input type="checkbox"/> Pie derecho
<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo	<input type="checkbox"/> Mano izquierda	<input type="checkbox"/> Pie izquierdo
<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Ambos

La pérdida de la vista y/o oído es definitiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La pérdida de pies y/o manos es: <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Anquilosamiento
---	--

Describe 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

Describe el motivo: _____

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

Describe brevemente el estado actual de la invalidez: _____

Describe 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.

Lugar _____

Fecha

Firma _____