

**INSTRUCCIONES**

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde por el Asegurado.
- Los documentos a entregar son:
  - \* Estudios de laboratorio y/o gabinete.
  - \* Expediente clínico.
  - \* Aviso de Accidente o Enfermedad.
  - \* Informe Médico.
- La documentación debe ser enviada vía correo electrónico a la dirección som@axa.com.mx o entregados personalmente en las oficinas de AXA.

**DATOS DEL ASEGURADO**
**Nombre del Asegurado** Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)

 Sexo  Masculino  
 Femenino

Edad

No. de Póliza

Diagnóstico, síntomas y/o padecimiento a someter al Programa de Segunda Opinión Médica:

**HISTORIA CLÍNICA GENERAL**

 Alergias Sí  No  Breve descripción:

Medicamentos que consume actualmente:

Medicamento	Dosis	Razón por la que lo toma	Periodo por el que lo ha tomado

Indique la relación de exámenes de laboratorio anexados a esta solicitud:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico (APE):       | <input type="checkbox"/> Examen General de Orina (EGO): |
| <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico (APE) Libre: | <input type="checkbox"/> Urocultivo:                    |
| <input type="checkbox"/> Biometría Hemática (BH):                    | <input type="checkbox"/> Otro:                          |

Indique el tratamiento sugerido por el Médico tratante inicial:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biopsias:      | <input type="checkbox"/> Radioterapia:  |
| <input type="checkbox"/> Nuevo APE:     | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: |
| <input type="checkbox"/> Cita en 1 año: | <input type="checkbox"/> Braquiterapia: |
| <input type="checkbox"/> Cirugía:       | <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?:   |

**Notas:**

- Autorizo a AXA Seguros, S. A. de C. V. que entregue la información y documentación médica de mi caso al grupo de médicos del Programa Segunda Opinión Médica, como son: mi historia clínica, informes médicos, estudios de laboratorio (en su conjunto mi "información Personal de Salud").
- Entiendo que el informe de la Segunda Opinión Médica me será entregado vía correo electrónico o en las oficinas de AXA personalmente. También entiendo que aunque estoy obteniendo una Segunda Opinión Médica, mi Médico tratante seguirá siendo responsable de mi tratamiento médico.
- Entiendo que el estudio de mi historia clínica únicamente es obtener una Segunda Opinión Médica lo cual no garantiza que mi estado de salud mejore.
- AXA Seguros, S. A. de C. V., protegerá la confidencialidad de mi información personal de Salud.
- Entiendo que la información resultante es parte de mi historia clínica y, por lo tanto, todos los registros que por ella se ocasionen deberán adjuntarse a ésta.
- Manifiesto que he leído este documento y comprendo su contenido.

Asimismo libero a AXA Seguros S. A. de C. V., de cualquier responsabilidad derivada del diagnóstico emitido en el Programa de Segunda Opinión Médica.

"Con la información contenida en la presente autorizo a AXA Seguros S. A. de C. V., someta al Programa de Segunda Opinión Médica el diagnóstico arriba mencionado".

Nombre y Firma del Asegurado	Nombre y Firma del Titular (sólo en caso de que el Asegurado sea menor de edad)	Lugar y Fecha

**Aviso: Se le informa al asegurado y/o titular que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente formato, Invalidará toda responsabilidad a AXA Seguros, S. A. de C. V.**