



AVISO DE ACCIDENTE

800 026 9906

Número Autorización _____

Nombre contratante: _____
Teléfono: _____ Número de Endoso: _____ Número de Póliza: _____

Procedimiento para Atención Medica

Sección I Datos del Asegurado

Nombre _____ Fecha Nac. _____
Teléfono Casa _____

a) Datos del accidente

Lugar del accidente _____ Fecha ____ / ____ / ____ Hora: _____
Descripción detallada del accidente

Lesiones que presenta: _____

b) Datos de la Persona que lleva al asegurado

Nombre _____
Teléfono Celular _____ Firma _____

Fechado en _____ el _____ de _____ del 20 _____



INFORME MEDICO PARA USO EXCLUSIVO DE HOSPITAL

Nombre del paciente _____

Fecha Accidente _____ / _____ / _____ Hora _____

Fecha 1ª. Consulta _____ / _____ / _____ Hora _____

Mecanismo del Accidente _____

Descripciones de las lesiones _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Fecha de Término _____ / _____ / _____

Información Adicional, atención médica adicional? _____

Número de consultas _____

Medicamentos _____

Nombre y firma del Doctor responsable _____

R.F.C. _____ Cédula Profesional _____

Dirección _____ Tel. _____

Fecha _____

Responsable del paciente, Nombre, y Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____ Tel _____