

Nota: favor de anexar copia de la historia clínica para la persona afectada

Nombre del paciente			Fecha de la primera consulta		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Fecha del accidente		
			Día	Mes	Año
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Describe el cuadro clínico del paciente, haciendo énfasis en síntomas iniciales, evolución y estado actual

Diagnóstico de lesión o enfermedad	Fecha en que se realizó dicho diagnóstico
<input type="text"/>	Día Mes Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Hora <input type="text"/>

¿Padece alguna enfermedad asociada o independiente de las antes mencionadas?
Indique el diagnóstico y fecha de inicio

Se trata de una enfermedad de tipo congénito Sí No

Indique cuántas veces atendió al enfermo y señale las fechas de las mismas

En caso de haber necesitado interconsulta con otras especialidades, especifique el motivo

En caso de haber practicado cirugías favor de indicar claramente naturaleza, fecha y lugar de realización, así como nombre de los médicos que participaron

Considera que el paciente está dado de alta definitivamente: Sí No

Refiera si el paciente seguirá con algún tratamiento y de ser así, especifique el tipo y tiempo aproximado

Indique el periodo en que quedó totalmente incapacitado para el desempeño de todas y cada una de las labores propias de su ocupación

Nombre	Reg. S.S.A.	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día Mes Año
Dirección	R.F.C.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Reg. D.G.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Firma del Médico

Aviso de Privacidad para Clientes: HDI Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Paseo de los Insurgentes No. 1701, Colonia Granada Infonavit, C.P. 37306, en la ciudad de León, Guanajuato, tratará sus datos personales para realizar todas las actividades necesarias relacionadas con prestarle los servicios que pudieran llegar a ser o hayan sido contratados de forma oportuna y correcta relacionado con la póliza de seguro, con facturación y cobranza, con seguimiento por daños materiales; con seguimiento por robo; con seguimiento de incidentes; con seguimiento por accidentes; con seguimiento por siniestros y con pagos automáticos a su tarjeta de crédito. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral visite <http://www.hdi.com.mx>
 SINI 0313