



**Instrucciones**

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno   
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)  Género F  M  Edad  No. de póliza   
 Actividad, ocupación o profesión  Correo electrónico

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha del accidente(dd/mm/aaaa)  Hora/minutos   
 Fecha 1er consulta(dd/mm/aaaa)   
 ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si  No   
 ¿Cual?

**MECANISMO DE LESIÓN**

Cuadro clínico

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS**

**TRATAMIENTO Y/O INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA**

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica

**ESTUDIOS REALIZADOS**

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados

**ATENCIONES SUBSECUENTES**

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente

## COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital  Ciudad  Honorarios médicos \$

## TIPO DE ESTANCIA

Urgencia  Corta estancia ambulatoria  Hospitalaria  Hospital donde se atendió

Fecha de ingreso(dd/mm/aaaa)  Fecha de egreso(dd/mm/aaaa)

## INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva?

¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa)

¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa)

## MÉDICO TRATANTE

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno

RFC  Especialidad

No. de cédula profesional  No. de cédula especialidad  Teléfono

Correo electrónico  Lugar  Fecha (dd/mm/aaaa)

## RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre  Apellido Paterno  Apellido Materno

RFC  No. de Identificación oficial  Teléfono

**Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.  
El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx)**

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente