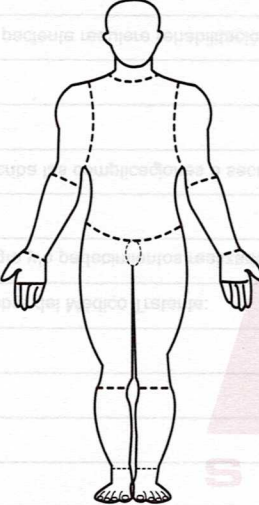
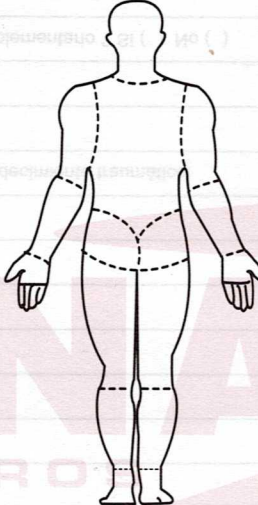


PASE MÉDICO

No. de Póliza:		No. de Siniestro		Riesgo: 4 ☐ 11 ☐ 13 ☐ 14 ☐	
Hospital:		Teléfono:		Médico Contacto:	
Domicilio del Hospital:					
Nombre del Lesionado:				Edad:	
Domicilio del Lesionado:				Teléfono:	
Calle:		No.		Colonia:	
Describa las lesiones aparentes y observaciones:  				No. de lesionados de	
				Peatón / Ciclista	
				Conductor Vehículo Contrario	
				Ocupante Vehículo Contrario	
				Asegurado/conductor/ propietario vehículo asegurado	
				Pasajero Taxi/ ocupante vehículo asegurado	
S.A.Gastos Médicos					
Enfermedad crónica o degenerativa:					
Indicación por especialistas o diagnósticos:					
Creador:					
Nombre y Firma del ajustador				Firma de conformidad lesionado	
Lugar y fecha:					
Nota: Este pase únicamente ampara al lesionado que se cita, tiene vigencia de 5 días. En relación a los servicios médicos y/o atención hospitalaria que son requeridos y descritos en el presente, solicito que dichos servicios sean atendidos por Hospital/Médico _____, el cual pertenece al menú de opciones de A.N.A. Compañía de Seguros S.A. de C.V. y declaro mi conformidad con las políticas establecidas por la aseguradora en el entendido de que el costo derivado de la atención médica de referencia, será cubierto por A.N.A. Compañía de Seguros S.A. de C.V. en su totalidad, de acuerdo a sus tabuladores y teniendo como límite la suma asegurada contratada.					

Los datos recolectados en este formato serán utilizados únicamente para los fines del contrato y seguimiento del servicio que requiera; usted podrá consultar el aviso de privacidad completo ingresando a nuestro portal en Internet www.anaseguros.com.mx

CALLE TECOYOTITLA N° 412, COL. EXHACIENDA DE GUADALUPE CHIMALISTAC, C.P. 01050 CIUDAD DE MÉXICO TEL.: 5322-8200

Informe Médico

Nombre del lesionado:

Sexo:

Edad:

Peso:

Kgs.

Talla:

Mts.

Ocupación:

Padecimientos No traumáticos previos:

Detalle como ocurrió el accidente:

Al ingreso hospitalario el paciente se encontró:

Glasgow:

Intoxicación por estimulantes o depresores:

Enfermedad Crónica o Degenerativa: Ninguna (), Diabetes (), Hipertensión (), Osteoartritis (), Hernias (), Otra (Especifique)

Diagnóstico Principal (No utilizar policondido, etc. Especifique):

C.I.E.

Diagnóstico (s) Secundario (s):

Cuadro clínico y Observaciones importantes del caso:

Nombre del Médico Tratante:

Céd. Profesional:

Cirugía y/o padecimientos realizados (CPT):

Describe las complicaciones o secuelas directas del padecimiento traumático:

¿ El paciente requiere rehabilitación o tratamiento complementario ? Si () No ()

Observaciones o notas relevantes a considerar : (letra legible)

Nombre del Médico Tratante:

Domicilio:

Tels:

Céd. prof.:

Especialidad:

Lugar y Fecha:

Nombre y Firma del Médico

Nombre y Firma del Paciente