



Sección III

Informe Médico

Para ser llenado por el Médico

Av. Acueducto 4851 Int. 1.5, Zapopan, Jalisco, México C.P. 45116
01800.999.0160 claims@crabi.com crabi.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre(s) _____
Apellido paterno _____ | Apellido materno _____
Fecha de la primera consulta _____ Día _____ Mes _____ Año _____

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE

Diagnóstico de la lesión, favor de proporcionar detalles

Anotar complicaciones, si las hubo

Si hubo necesidad de hospitalización, citar fechas: Desde el _____ de _____ de 20____ al _____ de _____ de _____

Se practicó alguna intervención quirúrgica? Si ☐ | No ☐

Especifique: _____

¿Considera que el paciente ha quedado completamente curado? Si ☐ | No ☐

¿Habrá necesidad de seguir algún tratamiento? Definir indicando tiempo estimado de recuperación y presupuesto aproximado

Observaciones (medicamentos, placas, radiografías, etc.) En caso de rechazo, favor de indicar las causas:

Firma del Doctor

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

Nombre _____ | Teléfono _____
Dirección | Calle _____ | No. Ext. _____ | No. Int. _____
Col. _____ | Alcaldía / Municipio _____
C.P. _____ | Ciudad _____ | Estado _____ | Registro S.S.A. _____
Cédula Profesional _____ | RFC _____

■ Fechado en: _____ el _____ de _____ de _____