



# Informe médico

## DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE:		Nº COLEGIADO:	
ESPECIALIDAD:		FECHA INFORME:	

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

PACIENTE:		Nº PÓLIZA	
PRESTACIÓN SOLICITADA:			

## CUESTIONARIO MÉDICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		(Indicar fecha de inicio de la patología,
MOTIVO DE CONSULTA Y/O INGRESO:		(Indicar fecha de inicio de la enfermedad, de los síntomas y del diagnóstico)
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		(Realizadas y resultados)
DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		
EVOLUCIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		
TRATAMIENTO / ACTO QUIRÚRGICO DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		
PRECISA INGRESO:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nº DÍAS INGRESO: <input type="text"/>
PRONÓSTICO DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA:		

Firma del facultativo

Te informamos de que AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, tratará tus datos de salud contenidos en el presente Informe Médico y, que cuando sea necesario podrá contactar directamente con su médico, con la única finalidad con la única finalidad de conocer en mayor profundidad la información de salud incluida en el presente informe médico, a efectos de determinar la asistencia o la prestación sanitaria que hayas solicitado y en su caso, para poder abonar a los centros sanitarios los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de tu contrato de seguro.

Asimismo, te informamos de que únicamente se deberán proporcionar aquellos datos de salud que estén íntimamente relacionados con la prestación objeto del presente informe, no debiendo compartirse cualquier otra información considerada irrelevante e innecesaria para el fin anteriormente descrito.

Asimismo, AXA no será responsable de aquellos datos de salud que sean compartidos a través del presente informe y que resulten innecesarios para la prestación solicitada por el interesado.