



Historia clínica			
Tipo de padecimiento ☐ Congénito ☐ Adquirido	Descripción del tratamiento Fecha de inicio Día Mes Año 		
¿Hubo complicaciones? ☐ Si ☐ No	Describa complicaciones		
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico			

Nombre del hospital	Tipo de estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / Ambulatoria	Fecha de ingreso Día Mes Año 	Fecha de egreso Día Mes Año
---------------------	---	---	--

Datos del médico tratante			
Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red ☐ Si ☐ No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. La información asentada en este documento es proporcionada conforme ala evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

AVISO DE PRIVACIDAD
 En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Lugar y fecha	Firma del médico tratante
Nombre y firma del paciente	

F-238-AV/02-2012
AMIS