

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE

Este formato debe de ser llenado y firmado por el Accidentado con letra de molde
Es necesario firmar la forma en su totalidad y dar informacion completa

No. de Autorización	
----------------------------	--

MOTIVO DE LA RECLAMACION	ACCIDENTE		OTRO		
---------------------------------	------------------	--	-------------	--	--

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL AFECTADO
--

FECHA DE NACIMIENTO					
EDAD		SEXO			
DOMICILIO CALLE					
No.Exterior		No. Interior			
TELEFONO		Colonia		C.P.	Estado

ACCIDENTE	
------------------	--

Fecha en que ocurrio el accidente	
Lugar del accidente	
Indique como y en donde ocurrio el accidente	
Lesiones sufridas	
Nombre del Medico tratante	
Especialidad	
Direccion	
Telefono	

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios laboratorios o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnostico de cualquier enfermedad, accidente o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporciones a Grupo Semedic, S.A. DE C.V. aún cuando no exista orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio o gabinete así como de cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podría ser requerida en cualquier momento se Grupo Semedic, S.A. de C.V. lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi atención.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE