

INFORME MÉDICO

Indicaciones de llenado: 1. Deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta. 2. Deberá ser llenado en cada interconsulta por el médico tratante. 3. No será válido con tachaduras y enmendaduras, la información proporcionada deberá ser veraz y fidedigna, así como lo más completo posible detallando en su totalidad toda la información médica.

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente (completo)			Edad
Sexo	Causa de la Reclamación	Peso	Talla
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Segunda Valoración	_____	_____
Antecedentes Clínicos Relevantes			

Síntomas o signos que motivan la consulta		Fecha en la que iniciaron los síntomas	
_____		Día _____ Mes _____ Año _____	

Lugar en el que se atendió al Paciente por primera vez		Fecha de la primera consulta	
_____		Día _____ Mes _____ Año _____	
Antecedentes Personales Patológicos			

Antecedentes Quirúrgicos			

Antecedentes Gineco-Obstétricos	Principales signos, síntomas y detalle de la evolución		
_____	_____		
Impresión Diagnóstica			

Tipo de Padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Crónico	Tiempo de Evolución _____		
Causa/Etiología del padecimiento, en caso de accidente, describa modo, tiempo, lugar donde ocurrió, así como las lesiones			

Diagnóstico Definitivo		Fecha del Diagnóstico	
_____		Día _____ Mes _____ Año _____	
Resultado o Diagnóstico Histopatológico (Indispensable en caso de Cáncer o Tumor)			

Exámenes Clínicos, Patológicos, de Gabinete o de cualquier tipo que sirvieron para formular el Diagnóstico (indispensable adjuntar resultado).			

Nombre del Laboratorio		Dirección	
_____		_____	
Tratamiento y/o Complicaciones			

Lugar y Fecha

Firma autógrafa del Médico Tratante

En caso de hospitalización
Sello del Hospital

INFORME MÉDICO

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del Hospital _____	Tipo de Ingreso _____
<input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Ingreso Hospitalario <input type="checkbox"/> Corta Estancia <input type="checkbox"/> Ambulatoria	

Fecha de Ingreso	Fecha de Intervención Quirúrgica	Fecha de Egreso
Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____

Describir la técnica quirúrgica

¿Utilizó equipo, insumos y/o materiales especializados para el procedimiento? Favor de detallar

¿Se presentaron complicaciones? Indicar cuales	Describa el estado actual del paciente

¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento?	En caso afirmativo, especificar tipo y tiempo de duración	Fecha probable de Alta
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Día _____ Mes _____ Año _____

EQUIPO QUIRÚRGICO (deberá llenarse en su totalidad con datos correctos, en caso de que aplique)

Anestesiólogo	Primer Ayudante	OTRO (especifique tipo de participación)
Nombre Completo		
Cédula Profesional		

DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombre (completo)	Especialidad		
Domicilio (completo)	Correo Electrónico		
Teléfono	Cédula Profesional	R.F.C.	Teléfono Celular

Nota: Como Médico Tratante autorizo a los Hospitales donde fue internado el Paciente a que proporcionen a Seguros Argos, S.A. de C.V., 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 o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del Paciente Asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

AVISO DE PRIVACIDAD

He leído y entendido el Aviso de Privacidad para Médico tratante contenido en la hoja 2 de este formato, en el entendido que la Política de Privacidad (Aviso de Privacidad Integral) y sus respectivas actualizaciones se encuentra disponible y/o visible en la página web www.segurosargos.com, junto con el Aviso de Privacidad Integral para Clientes o Usuarios de Seguros Argos, S.A. de C.V., junto con sus respectivas modificaciones.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares, respecto de mi consentimiento expreso a Seguros Argos, S.A. de C.V. para que mis datos personales y/o los datos personales de quien(es) aparece(n) en la sección de asegurado(s) y/o de beneficiario(s), que les he proporcionado, sean tratados y, en su caso, transferidos, conforme a lo señalado en el Aviso de Privacidad y en la Política de Privacidad de dicha aseguradora, incluyendo aquellos considerados como sensibles, reconozco y manifiesto que, conforme a lo dispuesto por los artículos 15, 16, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(la) suscrito(a) y/o del Titular de los Datos Personales referidos en este documento, su Política y Aviso de Privacidad, visibles en su página web www.segurosargos.com; y quedo enterado(a) que las modificaciones que se lleguen a realizar a los citados documentos de privacidad estarán disponibles en dicha página web. Por tanto, tanto para el tratamiento de los Datos Personales de mi titularidad y/o de la titularidad de las personas referidas en este documento, manifiesto que:

Para tratamiento de Datos Personales para fines primarios: Otorgo mi consentimiento No otorgo mi consentimiento
 Para tratamiento de Datos Personales para fines secundarios: Otorgo mi consentimiento No otorgo mi consentimiento

Lugar y Fecha	Firma autógrafa del Médico Tratante	En caso de hospitalización Sello del Hospital
---------------	-------------------------------------	--

INFORME MÉDICO

AVISO DE PRIVACIDAD

¿**Quiénes somos?** Seguros Argos, S.A. de C.V. (en lo sucesivo “SEGUROS ARGOS”) es una sociedad mercantil legalmente constituida y existente de conformidad con la legislación vigente en México y autorizada por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para organizarse y funcionar como Institución de Seguros, mediante Oficio Número 366-IV-6057/731.1/325249. Nuestro domicilio se ubica en Tecoyotitla 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. ¿**Qué información recabamos de los Médicos Tratantes de Clientes o Usuarios de nuestros servicios?** Para que nuestros Clientes o Usuarios puedan tener acceso a los productos o servicios de SEGUROS ARGOS, es necesario que sus Médicos Tratantes nos proporcionen sus Datos Personales, así como información sobre los clientes o usuarios siguientes: **Datos de carácter general del Médico Tratante:** Nombre Completo, Especialidad, Domicilio (completo), Correo Electrónico, Teléfono, Cédula Profesional, R.F.C., Teléfono Celular y Firma. **Datos de carácter general del Cliente o Usuario:** Nombre completo del paciente (cliente o usuario), Edad, Sexo, Peso y Talla. **Datos de carácter sensible del Cliente o Usuario:** Información médica relativa a: antecedentes clínicos relevantes, antecedentes patológicos, antecedentes quirúrgicos, en su caso, antecedentes gineco-obstétricos, principales signos, síntomas y detalle de evolución, impresión diagnóstica, tratamiento médico y complicaciones, tipo de padecimiento, causa/etiología del padecimiento, diagnóstico, fecha de diagnóstico, Resultado o Diagnóstico Histopatológico (Indispensable en caso de Cáncer o Tumor), Exámenes Clínicos, Patológicos, de Gabinete o de cualquier tipo que sirvieron para formular el Diagnóstico (indispensable adjuntar resultado), nombre de laboratorio y dirección, nombre del hospital, técnica quirúrgica. Asimismo, se recaban datos que se especifican en la Política de Privacidad de SEGUROS ARGOS (visible en su página web www.segurosargos.com) de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1, 5, 7, 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguros y demás ordenamientos legales relativos y aplicables a la operación de las Compañías de Seguros en México. La información que proporcionan y se recaba de nuestros Clientes o Usuarios se hace únicamente a través de medios legales y legítimos. **Tratamiento Confidencial.** Los Datos Personales, incluyendo los Datos Sensibles a que se refiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de particulares, que nos proporcionan Médicos Tratantes y los Clientes o Usuarios en forma voluntaria, ya sea en forma física, electrónica o por cualquier otro medio, son tratados y resguardados en forma confidencial. Asimismo, a través de medios tecnológicos y de procedimientos internos de protección, SEGUROS ARGOS realiza constantemente su mejor esfuerzo para mantener la seguridad de los Datos Personales que sus Clientes y Usuarios le proporcionan, a fin de evitar el acceso no autorizado a los mismos. ¿**Para qué nos proporcionan los Médicos Tratantes sus Datos Personales y los de los Clientes o Usuarios?** Los Datos Personales que Argos recaba de los Médicos Tratantes y Clientes se utilizan en y para la realización de actividades lícitas e inherentes a su naturaleza y objeto social. En ese sentido, Argos utiliza los Datos Personales de los Médicos Tratantes y de sus Clientes para: **Fines Primarios:** 1. Se utilizan para verificar que el médico tratante es titulado y para contactarle y solicitarle información adicional, aclaraciones y/o consultas respecto del estado de salud y antecedentes médicos del cliente o usuario asegurado. 2. Evaluar y, en su caso, aceptar el riesgo que se propone a Argos, para la celebración del contrato de seguro; 3. Atender las solicitudes de servicios a pólizas como puede ser: Incremento de Suma Asegurada, Cambio de Beneficiarios, Rectificaciones a que se refiere el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, entre otros; 5. Atención y dictaminación de reclamaciones de pago de suma asegurada (pago de siniestros) y 6. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como en la Política de Privacidad visibles en la página web www.segurosargos.com. **Fines Secundarios:** Respecto de la información de Médicos Tratantes no se tienen considerados fines secundarios. **Medios para el ejercicio de derechos del Titular de Datos Personales (Derechos ARCO).** De conformidad con lo dispuesto en los Capítulos III y IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, los Médicos Tratantes que nos hayan proporcionado sus Datos Personales pueden ejercer los derechos de **Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición** previstos en el ya citado ordenamiento legal (en adelante los “Derechos ARCO”), esto es que tienen derecho de acceder a sus datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, a **rectificarlos** en caso de ser inexactos o incompletos, **cancelarlos** siempre y cuando no sean requeridos para los fines señalados en el presente Aviso de Privacidad o no deban conservarse conforme a lo previsto en la Legislación vigente de los Estados Unidos Mexicanos; o bien al tratamiento de los mismos para fines específicos, siempre y cuando la oposición, sus causas o razones no se contrapongan a los fines necesarios relacionados a su tratamiento o a lo previsto en la Legislación vigente de los Estados Unidos Mexicanos. Para el ejercicio de los “Derechos ARCO”, y a partir del 1o. de enero del año 2012, los Médicos Tratantes que nos hayan proporcionado sus Datos Personales deben presentar ante la Oficina de Privacidad de SEGUROS ARGOS una solicitud por escrito. Dicha petición deberá contener cuando menos lo siguiente: (i) Nombre del Titular de los Datos Personales; (ii) Domicilio para recibir comunicaciones de SEGUROS ARGOS; (iii) Documentos que acrediten su identidad. En caso de ser Representante Legal, el instrumento del que se desprendan sus facultades de representación; (iv) Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer los derechos; (v) Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales, (vi) Cuando la solicitud corresponda a la rectificación de datos personales, el Titular debe indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición y (vii) Cualquier otro elemento de conformidad con la legislación y con la última Política de Privacidad que se encuentren vigentes al momento de la presentación de su solicitud. Tratándose de solicitudes de acceso a la información que resulten procedentes, SEGUROS ARGOS proporcionará la misma ya sea a través de copias simples o bien mediante copias simples digitalizadas. Los datos de contacto para la presentación de las solicitudes referidas en el párrafo anterior son los siguientes: **Oficina de Privacidad.** Domicilio: Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. **Correo Electrónico:** oficinadeprivacidad@segurosargos.com. **Transferencia de Datos.** Los datos personales de Médicos Tratantes se podrán transferir a terceros para (a) cumplir con las disposiciones legales vigentes; (b) en acatamiento a mandamiento u orden judicial, (c) siempre que sea necesario para la operación y funcionamiento y/o para ejercer algún derecho o cumplir con alguna obligación de SEGUROS ARGOS, aun cuando ello implique transferir datos de carácter sensible o patrimonial, (d) para poder realizar notificaciones a asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona que deba recibir de parte de SEGUROS ARGOS información o comunicados, a través de fedatarios públicos, SEPOMEX o cualquier otro medio o servicio de mensajería, comunicación o transmisión de información, así como para visitarlo en su domicilio para la entrega de certificados, pólizas de seguro y/o cualquier otra documentación relacionada con el servicio de aseguramiento que ARGOS le proporcione y (e) para los demás efectos que se precisan en nuestro Aviso de Privacidad y en la Política de Privacidad disponibles en www.segurosargos.com. Modificaciones al Aviso de Privacidad. SEGUROS ARGOS se reserva el derecho de modificar su Aviso y Política de Privacidad de vez en vez, publicando un anuncio destacado en su página web www.segurosargos.com. **La fecha de publicación es de:** Octubre, 2010. **Última actualización de este aviso simplificado:** Mayo 30, 2024. **Quejas.** En caso de diferencias o inconformidades que surjan respecto de los derechos de nuestros Clientes y Usuarios a la protección de sus datos personales, éstos pueden interponer queja correspondiente ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en términos de lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Para mayor información visite www.inai.org.mx.