

Nota: Este informe deberá ser llenado a máquina ó con letra de molde legible.

Muy importante: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, **Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa** no quedará obligado a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Nombre del paciente:

Fecha y lugar en que atendió usted por primera vez a la persona arriba citada con motivo de esta enfermedad o accidente

Día	Mes	Año

 En: _____

Fecha en que el paciente inicio su enfermedad o sufrió el accidente:

Día	Mes	Año

Antecedentes personales patológicos:

Talla: _____ Peso: _____ T.A.: _____

Diagnóstico(s) de (los) padecimiento(s)

Descripción y cuadro clínico (inicio y evolución)

Resumir tratamiento a emplear (ya sea quirúrgico o tratamiento médico)

No se aceptan tachaduras ni enmendaduras, no se aceptan modificaciones en el llenado de esta documentación.

