

Nombre de la Institución _____

Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes
3 Puntos importantes:

1. La sección I, debe ser llenada por el responsable de la Institución a la que pertenece el afectado que haya sufrido algún accidente dentro de las instalaciones, con esto, el responsable acreditará al afectado como parte de la póliza que arriba se señala, así como validará los datos de ocurrencia del evento.
2. Es indispensable para la atención médica con pago directo la presentación de este formato completamente requisitado -Sección I -.
3. La Sección II - reverso - será información que proporcione el médico que atendió al asegurado.

Sección I
a) Datos del afectado

Nombre del afectado _____	Edad _____
Nombre de Padre o Madre (Si el Afectado es menor de edad)	_____

Número de Afiliación de Federación Mexicana de Fútbol	_____
Domicilio	_____

	Teléfono particular _____

b) Datos del accidente

Lugar donde ocurrió el evento _____	Fecha _____
	día mes año
	Hora _____
Descripción detallada del accidente	_____

c) Datos de la Asociación

Nombre del Presidente _____	Sello de la federación de Fútbol
Nombre del Arbitro _____	
Cédula Arbitral _____	
Firma del Afectado _____	Teléfono _____

Se autoriza a MAPFRE Tepeyac SA para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, esto, de cualquier hospital, médico o de cualquier persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido.

Fecha en: MEXICO D. F. el _____ del _____ .

Sección II

Informe Médico

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

Nombre del paciente	Fecha y hora de 1a. Consulta
Diagnóstico final	

Proporcionar detalles de la atención médica proporcionada (procedimientos, tratamiento o cirugía)

Si hubo necesidad de hospitalización citar fechas.
Fecha y hora de ingreso _____ Fecha y hora de egreso _____
Especificar causa de hospitalización _____

¿Se parcticó alguna Intervención quirúrgica? Especificar _____

Personas que participaron en la misma, además de Cirujano

1er. Ayudante	(no)	(si) ¿porqué?	_____
2do. Ayudante	(no)	(si) ¿porqué?	_____
Anestesista	(no)	(si) ¿porqué?	_____

¿Ha sido dado de alta el afectado? (si) pasar a Información Adicional (no) llenar el siguiente cuadro

El paciente continuará su atención médica debida a:

Especificar motivo _____

Señalar tiempo aproximado _____

Indicar costo aproximado _____

- lo anterior, para valorización y autorización por parte del Departamento Médico de la compañía de seguros -.

Información Adicional Si hubo necesidad de placas radiográficas señalar cantidad _____

Número de Consultas: _____ Medicamentos indicados: _____

Medicamentos: _____

Nombre y Firma del Médico _____

RFC _____ **Cédula Profesional** _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha _____ MEXICO, D.F. A _____