


|  |                             |                    |
|--|-----------------------------|--------------------|
|  <b>PROCURADURÍA AGRARIA</b><br>Secretaría General<br>Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto<br>Dirección de Organización<br>DOCUMENTO NORMATIVO<br>FECHA: ABRIL DE 2004 | <b>Catálogo de Formatos</b> | No. de Documento   |
|  |                             | SG-DGPOP-DO-IO-002 |
|  |                             | REVISIÓN:          |
|  |                             | HOJA 17/74         |

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del Formato:</b>                | Declaración del Reclamante.                          |
| <b>Número del Formato:</b>                | CI85-O-95  |
| <b>Unidad Administrativa Responsable:</b> | Dirección de Personal. Subdirección de Prestaciones. |
| <b>Usuario:</b>                           |  |

| Especificaciones          |             | Utilización   |
|---------------------------|-------------|---|
| <b>Tamaño:</b>            | Carta       | Es utilizada para la reclamación a través del sistema de reembolso ante la aseguradora MetLife sobre los gastos erogados por servicios hospitalarios y/o médicos. |
| <b>Dimensiones:</b>       | 21.6 X 27.9 |   |
| <b>Color de papel:</b>    | Blanco      |   |
| <b>Color de la tinta:</b> | Negro       |   |
| <b>Número de copias:</b>  |             |   |
| <b>Otras:</b>             |             |   |

| Anverso   | Reverso                         |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
|---|---------------------------------|--|----------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|---------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|--|--|---------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|--|---|---|--|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--------------------------|-----------------------|--|-----------------------|---|--|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|--|---|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------|
| <div style="text-align: center;">  <b>DECLARACION DEL RECLAMANTE</b><br/> <small>Institución Nacional de Seguros</small> </div> <p><small>NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS Y QUE SE DÉ LA INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADAPTAR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN A REIVINDICAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. DE PÓLIZA</td> <td style="width: 33%;">No. DE CERTIFICADO</td> <td style="width: 34%;">FECHA DE EMISIÓN DE PÓLIZA</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Nombre o razón social del CONTRATANTE</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Nombre del ASEGURADO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>Nombre del PACIENTE ASEGURADO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>FECHA DE NACIMIENTO</small></td> <td style="text-align: center;"><small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>EDAD</small></td> <td style="text-align: center;"><small>ESTADO CIVIL</small></td> <td style="text-align: center;"><small>SEXO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>DOMICILIO</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>C.P.</small></td> <td style="text-align: center;"><small>TELEFONO</small></td> <td style="text-align: center;"><small>OCUPACION</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>LUGAR DONDE TRABAJA</small></td> </tr> </table> <p><small>¿Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><small>Si está de vacaciones:</small> <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/></p> <p><small>¿Ha presentado gastos similares por este padecimiento en esta u otra Compañía?</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><small>Compañías:</small> <input type="checkbox"/> No de Póliza</p> <p><small>Nombre del Agente:</small> <input type="checkbox"/> Clase: <input type="checkbox"/> Dirección: <input type="checkbox"/></p> <p><small>Fecha en que ocurrió el accidente o padecimiento (o primera aparición de la enfermedad):</small> <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue el accidente o enfermedad?</p> <p><small>Si se accidentó durante el viaje y donde ocurrió el accidente?</small></p> <p><small>Término prescrito para reclamar (Apellidos Paterno, Materno, Nombres):</small> <input type="checkbox"/> Domicilio: <input type="checkbox"/> Teléfono: <input type="checkbox"/></p> <p><small>Tarifa correspondiente del accidente (algunas a solicitud de la compañía):</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/></p> <p><small>En caso de accidente automovilístico, indicar Seguro del (de los) automovilista(s):</small> <input type="checkbox"/> PVI <input type="checkbox"/> Poner de manifiesto</p> <p><small>Compañía:</small> <input type="checkbox"/> Cobertura: <input type="checkbox"/> Suma Asegurada (G.M.): <input type="checkbox"/> No. de Póliza: <input type="checkbox"/></p> <p><small>ANEXAR COPIAS DE LA ACTIVACIÓN DEL MISMO SERVICIO PÚBLICO O ATENCIÓN MÉDICA DE LA COMPAÑÍA.</small></p> <p><small>Mencionar el motivo por el cual radica la atención médica:</small></p> <p><small>¿Qué estudios de laboratorio y rayos X le fueron realizados?</small></p> <p><small>¿Recibió en el país la atención?</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | No. DE PÓLIZA                   | No. DE CERTIFICADO                     | FECHA DE EMISIÓN DE PÓLIZA | <small>Nombre o razón social del CONTRATANTE</small> |  |  | <small>Nombre del ASEGURADO</small> |  |  | <small>Nombre del PACIENTE ASEGURADO</small> |  |  | <small>FECHA DE NACIMIENTO</small> |  | <small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small> | <small>EDAD</small> | <small>ESTADO CIVIL</small> | <small>SEXO</small> | <small>DOMICILIO</small> |  |  | <small>C.P.</small> | <small>TELEFONO</small> | <small>OCUPACION</small> | <small>LUGAR DONDE TRABAJA</small> |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE</small></td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"><small>Apellido Paterno</small></td> <td style="width: 33%;"><small>Apellido Materno</small></td> <td style="width: 34%;"><small>Nombres</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Lugar de atención</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Seguro de Hidalgo S.A. <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Día, servicio médico <input type="checkbox"/> Otro Médico, médico <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/></small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>Describe la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>NOMBRE DEL MÉDICO (Apellidos Paterno, Materno, Nombres):</small></td> <td style="text-align: center;"><small>DOMICILIO</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><small>Calle:</small></td> <td><small>Fecha:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><small>INDIQUE OTRAS PÓLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACIÓN (HOSP.)</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>COMPANÍA</small></td> <td style="text-align: center;"><small>COBERTURA</small></td> <td style="text-align: center;"><small>SUMA ASEGURADA</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>No. DE PÓLIZA</small></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>EL QUE SUSCRIBE, SOLICITA Y AUTORIZA A CUALQUIER HOSPITAL, AL MÉDICO O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O CHAMADO A MÍ, O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA, A SUBSCRIBIR A ASEGURADORA HIDALGO S.A. O A SU REPRESENTANTE, TODA LA INFORMACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE HALLARÉ SUPLENDO HISTORIA CLÍNICA, CONSULTAS PRESCRIPCIONES O TRATAMIENTOS, INCLUIDO RADIOGRAFÍAS Y CÓPIAS DE EXISTENTES DEL HOSPITAL O MÉDICO, LO QUE PODRÁ SER INCLUIDO COMO PARTE DE LAS PRUEBAS DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR MÍ A LA INSTITUCIÓN, COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN DEBERÁ SER CONSERVADA TAN EFECTIVA Y VERDA COMO EL ORIGINAL.</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><small>LLENAR Y FECHAR:</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>FIRMA DEL PACIENTE ASGURADO</small></td> <td style="text-align: center;"><small>FIRMA DEL RECLAMANTE</small></td> </tr> </table> | <small>NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE</small> |  |  | <small>Apellido Paterno</small> | <small>Apellido Materno</small> | <small>Nombres</small> | <small>Lugar de atención</small> |  |  | <small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small> |  |  | <small>Seguro de Hidalgo S.A. <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Día, servicio médico <input type="checkbox"/> Otro Médico, médico <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/></small> |  |  | <small>Describe la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:</small> |  |  | <small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small> |  |  | <small>NOMBRE DEL MÉDICO (Apellidos Paterno, Materno, Nombres):</small> |  | <small>DOMICILIO</small> | <small>Calle:</small> |  | <small>Fecha:</small> | <small>INDIQUE OTRAS PÓLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACIÓN (HOSP.)</small> |  |  | <small>COMPANÍA</small> | <small>COBERTURA</small> | <small>SUMA ASEGURADA</small> | <small>No. DE PÓLIZA</small> |  |  | <small>EL QUE SUSCRIBE, SOLICITA Y AUTORIZA A CUALQUIER HOSPITAL, AL MÉDICO O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O CHAMADO A MÍ, O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA, A SUBSCRIBIR A ASEGURADORA HIDALGO S.A. O A SU REPRESENTANTE, TODA LA INFORMACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE HALLARÉ SUPLENDO HISTORIA CLÍNICA, CONSULTAS PRESCRIPCIONES O TRATAMIENTOS, INCLUIDO RADIOGRAFÍAS Y CÓPIAS DE EXISTENTES DEL HOSPITAL O MÉDICO, LO QUE PODRÁ SER INCLUIDO COMO PARTE DE LAS PRUEBAS DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR MÍ A LA INSTITUCIÓN, COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN DEBERÁ SER CONSERVADA TAN EFECTIVA Y VERDA COMO EL ORIGINAL.</small> |  |  | <small>LLENAR Y FECHAR:</small> |  |  | <small>FIRMA DEL PACIENTE ASGURADO</small> |  | <small>FIRMA DEL RECLAMANTE</small> |
| No. DE PÓLIZA   | No. DE CERTIFICADO              | FECHA DE EMISIÓN DE PÓLIZA             |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Nombre o razón social del CONTRATANTE</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Nombre del ASEGURADO</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Nombre del PACIENTE ASEGURADO</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>FECHA DE NACIMIENTO</small>  |                                 | <small>FECHA DE ALTA AL SEGURO</small> |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>EDAD</small>   | <small>ESTADO CIVIL</small>     | <small>SEXO</small>                    |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>DOMICILIO</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>C.P.</small>   | <small>TELEFONO</small>         | <small>OCUPACION</small>               |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>LUGAR DONDE TRABAJA</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Apellido Paterno</small>   | <small>Apellido Materno</small> | <small>Nombres</small>                 |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Lugar de atención</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Por qué motivo le fue recomendado el Médico:</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Seguro de Hidalgo S.A. <input type="checkbox"/> Consultorio Médico <input type="checkbox"/> Día, servicio médico <input type="checkbox"/> Otro Médico, médico <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/></small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Describe la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>¿Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años?</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>NOMBRE DEL MÉDICO (Apellidos Paterno, Materno, Nombres):</small>   |                                 | <small>DOMICILIO</small>               |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>Calle:</small>   |                                 | <small>Fecha:</small>                  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>INDIQUE OTRAS PÓLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (SUMA), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACIÓN (HOSP.)</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>COMPANÍA</small>   | <small>COBERTURA</small>        | <small>SUMA ASEGURADA</small>          |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>No. DE PÓLIZA</small>  |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>EL QUE SUSCRIBE, SOLICITA Y AUTORIZA A CUALQUIER HOSPITAL, AL MÉDICO O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O CHAMADO A MÍ, O A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA, A SUBSCRIBIR A ASEGURADORA HIDALGO S.A. O A SU REPRESENTANTE, TODA LA INFORMACIÓN CON RELACIÓN A LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE HALLARÉ SUPLENDO HISTORIA CLÍNICA, CONSULTAS PRESCRIPCIONES O TRATAMIENTOS, INCLUIDO RADIOGRAFÍAS Y CÓPIAS DE EXISTENTES DEL HOSPITAL O MÉDICO, LO QUE PODRÁ SER INCLUIDO COMO PARTE DE LAS PRUEBAS DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR MÍ A LA INSTITUCIÓN, COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN DEBERÁ SER CONSERVADA TAN EFECTIVA Y VERDA COMO EL ORIGINAL.</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>LLENAR Y FECHAR:</small>   |                                 |  |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |
| <small>FIRMA DEL PACIENTE ASGURADO</small>  |                                 | <small>FIRMA DEL RECLAMANTE</small>    |                            |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |                                    |  |  |                     |                             |                     |                          |  |  |                     |                         |                          |                                    |  |  |   |   |  |  |                                 |                                 |                        |                                  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |                          |                       |  |                       |   |  |  |                         |                          |                               |                              |  |  |   |  |  |                                 |  |  |  |  |                                     |