ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE INFORME MÉDICO

IMPORTANTE: ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE.

SECCIÓN I. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S): JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	SEXO:	☒ M	☐ F	ESTADO CIVIL	SOLTERO
LUGAR DE NACIMIENTO: ALCALDIA G.A.M. CDMX.	FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 31	MES 05	AÑO 1995	EDAD	25 AÑOS

COBERTURA:

☒ FALLECIMIENTO ☐ INVALIDEZ ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ PÉRDIDAS ORGÁNICAS

☐ ENFERMEDADES CRITICAS/GRAVES (INFARTO CARDÍACO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, CÁNCER, AFECCIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERA PUENTE CORONARIO, INSUFICIENCIA RENAL)

CAUSA DE ATENCIÓN

☒ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐ EMBARAZO ☐ OTROS (ESPECIFIQUE)

SECCIÓN II. ANTECEDENTES CLÍNICOS

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (DIAGNÓSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (CIRUGÍAS Y FECHAS)	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

SECCIÓN III. PADECIMIENTO ACTUAL

PADECIMIENTO ACTUAL	FECHA DE INICIO SÍNTOMAS			DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	FECHA DE DIAGNÓSTICO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO

CÓDIGO DE CIE-10 (SI CUENTA CON EL)	PRUEBA/ESTUDIOS QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE PADECIMIENTO ☐ CONGÉNITO ☐ ADQUIRIDO ☐ AGUDO ☐ CRÓNICO
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO? SI ☐ NO ☐	ESPECIFIQUE CUAL

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS CON LOS QUE SE DETERMINÓ EL DIAGNÓSTICO)

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE INFORME MÉDICO

SECCIÓN IV. TRATAMIENTO

CPT4 (SI CUENTA CON EL)	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO

TUVO COMPLICACIONES	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
SÍ ☐ NO ☐	

EL TRATAMIENTO LO RECIBIÓ EN:	TIPO DE ESTANCIA
☐ CASA ☐ HOSPITAL ☐ CLÍNICA ☐ OTRO ESPECIFIQUE:_____	☐ AMBULATORIA ☐ HOSPITALARIA

SECCIÓN V. EN CASO DE ACCIDENTES

EN CASO DE ACCIDENTE, DESCRIPCIÓN BREVE DEL EVENTO

EL DIA 8 DE JULIO AL SUFRIRSE ACCIDENTE AL DESPLAZARSE EN VEHICULO TIPO MOTOCICLETA, SUFRIENDO UN IMPACTO LATERAL IZQUIERDO Y PROYECTADO A UN POSTE DE CONCRETO SUFRIENDO MULTIPLES CONTUSIONES EN SUANATOMIA Y AUXILIADO POR PERSONAL PREHOSPITALARIO LOS CUALES TRASLADAN AL HOSPITAL TORRE MEDICA HOSPITAL CENTRO. LOS HECHOS SUCEDEN EN ATIZAPAN DE ZARAGOZA A LAS 13:15 hrs Y TRASLADAN AL HOSPITAL A las 19.30 hrs.

LUGAR Y FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA EN QUE ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ AL PACIENTE CON RESPECTO AL ACCIDENTE		
	DÍA	MES	AÑO
ATIZAPAN de Zaragoza. Colonia de focos de ATIZAPAN 13:00 hrs. llegan prehospitalarios 13.30 hrs de dia 8-07-2020.	8	07	2020

SECCION VI. EN CASO DE HOSPITALIZACION

NOMBRE DEL HOSPITAL	DIRECCIÓN DEL HOSPITAL (CIUDAD/ESTADO)
OPERADORA DE HOSPITALES GTM S.A.P.I. de C.V. TORRE MEDICA HOSPITAL CENTRO. JOSE MA. IGLESIAS #21 COL. TABACALERA	JOSE MA IGLESIAS #21. COL TABACALERA

TIPO DE ESTANCIA	FECHA Y HORA DE INGRESO AL HOSPITAL			
URGENCIA ☒ HOSPITALIZACIÓN ☒ CORTA ESTANCA/AMBULATORIA ☐	DÍA	MES	AÑO	HORA
	8	07	2020	19.50 hrs.

FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	TIPO DE CIRUGÍA	FECHA Y HORA DE EGRESO DEL HOSPITAL			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
10-Julio-2020	REDUCCION ABIERTA CON COLOCACION DE TIRIA Y PERONE POR MEDIO DE PLACA SIN COMPLICACIONES	22	07	2020	1.30 AM.

SECCION VII. PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO

CAUSA DEL FALLECIMIENTO

ACCIDENTE ☒ ENFERMEDAD ☐ HOMICIDIO ☐ OTRO ☐ ESPECIFIQUE:_____

LUGAR DEL FALLECIMIENTO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL EN DONDE ESTUVO INTERNADO	FECHA DEL FALLECIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO
OPERADORA DE Hospitales. GTM. S.A.P.I de C.V. Torre MEDICA CENTRO 22-07-2020	OPERADORA de Hospitales GTM S.A.P.I de C.V. Torre MEDICA CENTRO.	22	07	2020

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE INFORME MÉDICO

SECCION VIII. SOLO EN CASO DE MUERTE VIOLENTA

EN SU OPINIÓN ¿LAS LESIONES CORRESPONDEN A LOS HECHOS RELATADOS EN LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO PUBLICO?

SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE:

A SU JUICIO, LA MUERTE SE DEBIÓ A ☐ HOMICIDIO ☐ SUICIDIO ☐ ACCIDENTE ☐ OTRAS

ESPECIFIQUE:

¿HUBO ALGÚN SIGNO DE INTOXICACIÓN EN EL CADÁVER? ☐ SI ☐ NO ESPECIFIQUE

¿SE ORDENÓ ALGÚN ESTUDIO? ☐ SI ☐ NO ESPECIFIQUE QUE ESTUDIOS SE ORDENARON:

SECCION IX. DATOS DEL MEDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MÉDICO	CÉDULA PROFESIONAL
TRATANTE ☐ CERTIFICANTE ☐ LEGISTA ☐ OTROS ☐ ESPECIFIQUE:	

DIRECCIÓN

TELÉFONO CELULAR (10 DIGITOS)	CORREO ELECTRÓNICO

AVISO DE PRIVACIDAD

ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A. SEÑALANDO COMO DOMICILIO CONVENCIONAL PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE AVISO EL SEÑALADO EN AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, MÉXICO D.F., HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SUS DATOS PERSONALES SERÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ASÍ COMO POR NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y QUE EL TRATAMIENTO QUE SE HAGA DE SUS DATOS SERÁ CON LA FINALIDAD, ENUNCIANDO SIN LIMITAR, DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS ENTRE LAS PARTES, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS, RELACIONADAS Y DERIVADAS DE NUESTRO OBJETO SOCIAL, ASÍ COMO PARA FINES COMERCIALES Y PROMOCIONALES. USTED PODRÁ CONSULTAR NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO EN LA PÁGINA www.zurichsantander.com.mx

CONSENTIMIENTO MANEJO DE DATOS

AUTORIZO A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A.** PARA TRATAR Y EN SU CASO, TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES INCLUIDOS LOS PATRIMONIALES O FINANCIEROS Y LOS SENSIBLES, PARA LOS FINES VINCULADOS CON LA RELACIÓN JURÍDICA QUE TENGAMOS CELEBRADA, O QUE EN SU CASO, SE CELEBRE, ASÍ COMO PARA LOS PREVISTOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD CUYO CONTENIDO CONOZCO Y ENTIENDO POR HABER SIDO PREVIAMENTE PUESTO A MI DISPOSICIÓN.

EN CASO DE HABER PROPORCIONADO DATOS PERSONALES, SENSIBLES, PATRIMONIALES O FINANCIEROS DE OTROS TITULARES, ME OBLIGO A HACER DEL CONOCIMIENTO DE DICHOS TITULARES QUE HE PROPORCIONADO TALES DATOS A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A.** Y A HACER DE SU CONOCIMIENTO LOS LUGARES EN DONDE SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EL REFERIDO AVISO DE PRIVACIDAD.

FECHADO EN:

MEXICO D.F	A	28	DE	AGOSTO	DE	2020
CIUDAD, ESTADO		DIA		MES		

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

4

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS

NÚMERO DE PÓLIZA O CRÉDITO: 5675484746 3

SECCION I.-DATOS GENERALES DEL CLIENTE(CAMPOS OBLIGATORIOS)

ASEGURADO ☐ CONTRATANTE ☐ BENEFICIARIO ☒ RECLAMANTE ☐

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) / RAZON SOCIAL: Juarez Zavala Carlos Victor	SEXO: M ☒ F ☐	ESTADO CIVIL: CASADO
FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO): 5 julio 1955	PAIS DE NACIMIENTO: MEXICO	NACIONALIDAD: MEXICANA
FECHA DE CONSTITUCIÓN (SOLO PARA PERSONA MORAL) (DÍA MES AÑO):		PROFESIÓN U OCUPACIÓN (PERSONA FÍSICA): CONSTRUCTOR

RFC CON HOMOCLAVE (LETRAS AÑO MES DÍA HOMOCLAVE): JUZC-550705-G95

CURP: JUZC550705HDFRVR09

NÚMERO DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON ÉL):

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL TIN (SOLO PARA EXTRANJEROS):

CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE): construme2004@hotmail.com

TELÉFONO DE CONTACTO (10 DIGITOS): 5530751035

RÉGIMEN FISCAL

PERSONA FÍSICA ☒ PERSONA FÍSICA CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL ☐ PERSONA MORAL ☐

FOLIO MERCANTIL (PERSONAS MORALES):

OBJETO SOCIAL O GIRO (PERSONAS MORALES):

SECCIÓN II.-DOMICILIO FISCAL (PARA PERSONAS MORALES) O DOMICILIO PARTICULAR (CAMPOS OBLIGATORIOS)

CALLE	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	CÓDIGO POSTAL
COLONIA	CIUDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA	ALCALDÍA/MUNICIPIO		

SECCIÓN III.-NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONAS MORALES)

SECCIÓN IV.-INFORMACIÓN ADICIONAL SOLO PARA PERSONAS FÍSICAS Y REPRESENTANTE LEGAL

¿DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO ALGUNO DENTRO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL EN EL ÚLTIMO AÑO? SI ☐ NO ☒	DEFINIR CARGO	DEPENDENCIA

AVISO DE PRIVACIDAD

AUTORIZO A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A.** PARA TRATAR Y EN SU CASO, TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES INCLUIDOS LOS PATRIMONIALES O FINANCIEROS Y LOS SENSIBLES, PARA LOS FINES VINCULADOS CON LA RELACIÓN JURÍDICA QUE TENGAMOS CELEBRADA, O QUE EN SU CASO, SE CELEBRE, ASÍ COMO PARA LOS PREVISTOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD CUYO CONTENIDO CONOZCO Y ENTIENDO POR HABER SIDO PREVIAMENTE PUESTO A MI DISPOSICIÓN.

POR LO ANTERIOR: SI ☒ NO ☐ CONSIENTO Y AUTORIZO DICHO TRATAMIENTO EN CASO DE HABER PROPORCIONADO DATOS PERSONALES, SENSIBLES, PATRIMONIALES O FINANCIEROS DE OTROS TITULARES, ME OBLIGO A HACER DEL CONOCIMIENTO DE DICHOS TITULARES QUE HE PROPORCIONADO TALES DATOS A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A.** Y A HACER DE SU CONOCIMIENTO LOS LUGARES EN DONDE SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EL REFERIDO AVISO DE PRIVACIDAD.

POR MEDIO DE LA PRESENTE MANIFIESTO QUE LOS DATOS Y DOCUMENTOS PROPORCIONADOS EN ESTE ACTO SON VERÍDICOS, MISMOS QUE PUEDEN SER COMPROBADOS CUANDO LA INSTITUCIÓN LO CONSIDERE NECESARIO.

Carlos Victor Juarez Zavala

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO/CONTRATANTE/BENEFICIARIO

FECHADO EN: Mexico D.F. (CIUDAD, ESTADO) A 28 (DÍA) DE Agosto (MES) DE 2020 (AÑO)

ASEG-163 (102019)

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS

CONSENTIMIENTO MANEJO DE DATOS

ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A. SEÑALANDO COMO DOMICILIO CONVENCIONAL PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE AVISO EL SEÑALADO EN AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, MÉXICO D.F., HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SUS DATOS PERSONALES SERÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ASÍ COMO POR NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y QUE EL TRATAMIENTO QUE SE HAGA DE SUS DATOS SERÁ CON LA FINALIDAD, ENUNCIANDO SIN LIMITAR, DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS ENTRE LAS PARTES, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS, RELACIONADAS Y DERIVADAS DE NUESTRO OBJETO SOCIAL, ASÍ COMO PARA FINES COMERCIALES Y PROMOCIONALES. USTED PODRÁ CONSULTAR NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO EN LA PÁGINA www.zurichsantander.com.mx

Carlos Victor Juarez Zavala

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO/CONTRATANTE/BENEFICIARIO

FECHADO EN: MEXICO D.F. (CIUDAD, ESTADO) A 28 (DÍA) DE AGOSTO (MES) DE 2020 (AÑO)

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

PERSONA FÍSICA Y FÍSICA CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL		PERSONA MORAL	
COPIA IDENTIFICACION OFICIAL DEL CLIENTE (INE, CEDULA PROFESIONAL O PASAPORTE)	☒	COPIA DE ACTA CONSTITUTIVA	☐
COPIA COMPROBANTE DOMICILIO DEL CLIENTE (NO MAYOR A TRES MESES)	☒	CERTIFICADO DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA	☐
CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)	☒	IDENTIFICACIÓN VIGENTE Y CON FOTO DEL REPRESENTANTE LEGAL	☐
CÉDULA FISCAL/ RFC (EN CASO DE CONTAR CON ELLA)	☐	COMPROBANTE DE DOMICILIO FISCAL (NO MAYOR A 3 MESES)	☐
CERTIFICADO DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON ELLA)	☐	CÉDULA FISCAL	☐

ESTE FORMATO DEBE SER REQUISITADO Y FIRMADO EN SU TOTALIDAD, ASÍ COMO ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS:

Carlos Victor Juarez Zavala

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

PARA CUALQUIER DUDA, ACLARACIÓN O COMENTARIO PONEMOS A SU DISPOSICIÓN NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA, EN CIUDAD DE MÉXICO 51- 69-43-00 Y DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA EL (55) 51694300 OPCIÓN 2, OPCIÓN 1.

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER - SEP - 2015 MX CO

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO

ANTES DE CONTESTAR FAVOR DE LEER INSTRUCCIONES ESPECIALES (PAGINA 4)

SECCIÓN I. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S): JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	SEXO: ☒ M ☐ F	ESTADO CIVIL: SOLTERO	
	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD: 25 AÑOS	
LUGAR DE NACIMIENTO: ALCALDIA G.A.M. CDMX.	DÍA: 31	MES: 05	AÑO: 1995
DOMICILIO (CALLE, NO EXT. /INT. COLONIA, CP): SIERRA VOLCANICA CASA 24 MZ-319 ANDADOR 1 PARQUE RESIDENCIAL COACALCO - COACALCO DE BERRIOZABAL	POBLACIÓN, ESTADO, PAÍS: edo de MEXICO		
OCUPACIÓN: ELEMENTO DE SEGURIDAD	NOMBRE DE LA EMPRESA O PATRÓN DONDE LABORABA/ANTIGUEDAD/PUESTO: INTERCOM. SERVICIOS DE Seguridad PRIVADA SA de C.V		

SECCION II. DATOS DEL SEGURO

NO. DE PÓLIZA O CREDITO	No. DE TARJETA DE CRÉDITO (SOLO APLICA PARA SECURITY)
FECHA DE OTORGAMIENTO DEL CREDITO O EMISIÓN: DÍA / MES / AÑO	MONTO OTORGADO O SUMA ASEGURADA

EN CASO DE CRÉDITO, SELECCIONE:

☐	CREDITO HIPOTECARIO	☐	CREDITO AL CONSUMO (NÓMINA Y EFECTIVO)	☐	CRÉDITO PYME	☐	LINEA EXPRESS

EN ADICIÓN A LO ANTERIOR, ¿EN QUÉ OTRAS COMPAÑÍAS Y POR QUÉ SUMAS ESTABA ASEGURADA LA VIDA DEL FINADO (A)?

SECCIÓN III. DATOS DEL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: TORRE MEDICA HOSPITAL CENTRO Jose Ma. Iglesias # 21 Col. Tabacalera	FECHA FALLECIMIENTO: 22-07-2020	DÍA: 22	MES: 07 / AÑO: 2020

CAUSA DE FALLECIMIENTO: ☒ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐ OTRAS CAUSAS _____

EL FALLECIMIENTO FUE EN	☐ DOMICILIO PARTICULAR	☐ LUGAR DE TRABAJO	☒ HOSPITAL
	☐ VIA PUBLICA	☐ CARRETERA	☐ OTRO, ESPECIFIQUE:

SI FUE EN HOSPITAL, INDIQUE EL NOMBRE Y DIRECCION: OPERADORA DE HOSPITALES GTM S.A.P.I. de C.V. TORRE MEDICA HOSPITAL CENTRO. Jose Ma Iglesias # 21 Col. Tabacalera — NO. DE DÍAS DE LA HOSPITALIZACIÓN: 14

NOMBRE Y DIRECCION DE LA FUNERARIA QUE TRAMITÓ LOS SERVICIOS: FUNERALES DE LA ROSA Javier Mina 29 Barrio Asunción	PANTEÓN EN QUE FUE INHUMADO: CREMATORIO SAN NICOLAS TOLENTINO AV. SAN NICOLAS 20 S/No PARAJE SAN JUAN IXTAYOPAN C.P. 09700 TLAHUAC	FECHA DE INHUMACIÓN Y/O CREMACIÓN	DÍA: 23	MES: 07	AÑO: 2020

SECCION IV. EN CASO DE MUERTE VIOLENTA/ ACCIDENTAL

LUGAR Y FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	NO. DE CARPETA DE INVESTIGACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO	
AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO	PERSONA QUE IDENTIFICÓ EL CADÁVER	PARENTESCO

LA MUERTE SE DEBIO A :

☐ ACCIDENTE ☐ HOMICIDIO ☐ SUICIDIO ☐ OTRAS CAUSAS (ESPECIFIQUE)

PARA LA COBERTURA DE DAÑO PERSONAL DEL SEGURO DE BLINDAJE

☐ **FALLECIMIENTO ACCIDENTAL POR ROBO O FORZAMIENTO, INDIQUE**
FECHA Y HORA DE LA DISPOSICION EN CAJERO AUTOMATICO O RETIRO EN VENTANILLA ____ DIA ____ MES ____ AÑO ____ HORA ____

ZURICH Santander

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

SECCION V. PARA COBERTURA DE FAMILIAR FALLECIDO (SOLO APLICA PARA SECURITY)

NOMBRE DEL FAMILIAR FALLECIDO (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S))	PARENTESCO CON EL TITULAR
FECHA DE NACIMIENTO DEL FAMILIAR FALLECIDO :	FECHA DE DEFUNCIÓN:
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN:	LUGAR DE LA DEFUNCIÓN:

SECCION VI. DATOS DEL BENEFICIARIO (INDISPENSABLE LLENAR)

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) Juarez Zavala Carlos Victor	PARENTESCO PAPA
CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE) construme2004@hotmail.com	TELEFONO CELULAR (10 DIGITOS) 5530751035

SECCION VII. INSTRUCCIONES DE PAGO

EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE LA RECLAMACIÓN MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PAGO SE REALICE A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A LA CUENTA QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA (ANEXAR COPIA DEL ESTADO DE CUENTA).

NO. DE CUENTA SANTANDER (11 DIGITOS): | | | | | | | | | | | |

NO. DE CUENTA OTRO BANCO
CLABE INTERBANCARIA OTRO BANCO (18 DIGITOS):
0 0 2 1 8 0 7 0 1 4 4 1 1 5 2 5 0 1
A NOMBRE DE: CARLOS VICTOR Juarez Zavala
BANCO EMISOR: BANAMEX

NOTA: EL PAGO PARA SECURITY SE REALIZARA A LA TARJETA DE CRÉDITO LIGADA AL SEGURO

SECCIÓN VIII. FINIQUITO SUJETO A TÉRMINO SUSPENSIVO

ESTOY (ESTAMOS) DE ACUERDO QUE PARA EL CASO DE QUE EL SINIESTRO MOTIVO DE LA PRESENTE RECLAMACION, HAYA SIDO DICTAMINADO COMO PROCEDENTE Y POR TAL MOTIVO LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, REALICE A MI FAVOR EL PAGO DE LA INDEMNIZACION CON CARGO A LA COBERTURA DE SEGUROS QUE CORRESPONDE, EN MI CALIDAD ASEGURADO, PADRE O TUTOR (EN CASOS DE MENORES DE EDAD) Y/O BENEFICIARIO SUSTITUTO, DESDE ESTE MOMENTO OTORGÓ A FAVOR DE **ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A.**, EL MÁS AMPLIO Y COMPLETO FINIQUITO QUE EN DERECHO PROCEDE Y A SU SEGURIDAD CONDUZCA, NO RESERVÁNDOME POR TAL MOTIVO ACCIÓN LEGAL O DERECHO QUE EJERCITAR DE NINGÚN TIPO EN CONTRA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

AVISO DE PRIVACIDAD

ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A. SEÑALANDO COMO DOMICILIO CONVENCIONAL PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE AVISO EL SEÑALADO EN AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, MÉXICO D.F., HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SUS DATOS PERSONALES SERÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ASÍ COMO POR NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y QUE EL TRATAMIENTO QUE SE HAGA DE SUS DATOS SERÁ CON LA FINALIDAD, ENUNCIANDO SIN LIMITAR, DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS ENTRE LAS PARTES, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS, RELACIONADAS Y DERIVADAS DE NUESTRO OBJETO SOCIAL, ASÍ COMO PARA FINES COMERCIALES Y PROMOCIONALES. USTED PODRÁ CONSULTAR NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO EN LA PÁGINA www.zurichsantander.com.mx

CONSENTIMIENTO MANEJO DE DATOS

AUTORIZO A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MÉXICO S.A.** PARA TRATAR Y EN SU CASO, TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES INCLUIDOS LOS PATRIMONIALES O FINANCIEROS Y LOS SENSIBLES, PARA LOS FINES VINCULADOS CON LA RELACIÓN JURÍDICA QUE TENGAMOS CELEBRADA, O QUE EN SU CASO, SE CELEBRE, ASÍ COMO PARA LOS PREVISTOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD CUYO CONTENIDO CONOZCO Y ENTIENDO POR HABER SIDO PREVIAMENTE PUESTO A MI DISPOSICIÓN.
EN CASO DE HABER PROPORCIONADO DATOS PERSONALES, SENSIBLES, PATRIMONIALES O FINANCIEROS DE OTROS TITULARES, ME OBLIGO A HACER DEL CONOCIMIENTO DE DICHOS TITULARES QUE HE PROPORCIONADO TALES DATOS A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A.** Y A HACER DE SU CONOCIMIENTO LOS LUGARES EN DONDE SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EL REFERIDO AVISO DE PRIVACIDAD.

FECHADO EN: MEXICO D.F A 28 DE AGOSTO DE 20 20.
CIUDAD, ESTADO — DIA — MES — AÑO

Carlos Victor Juarez Zavala
NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO

INSTRUCCIONES ESPECIALES

1) EL FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO POR FALLECIMIENTO DEBE SER CONTESTADO Y FIRMADO PERSONALMENTE POR EL (LOS) BENEFICIARIO(S) O REPRESENTANTES LEGALES A QUIENES DEBE PAGARSE EL SEGURO; EN CASO DE EXISTIR VARIOS BENEFICIARIOS, CADA UNO DE LOS BENEFICIAROS DEBERÁ LLENAR EL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE CORRESPONIDENTE.

2) CUANDO LA PÓLIZA DEBA PAGARSE A LOS REPRESENTANTES LEGALES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS, ÉSTOS DEBERÁN ACREDITAR FEHACIENTEMENTE SU NOMBRAMIENTO, Y EN SU CASO CON COPIA CERTIFICADA DE LAS CONSTANCIAS RESPECTIVAS DEL JUICIO SUCESORIO CORRESPONDIENTE QUE INCLUYA LA ACEPTACION DEL CARGO DEL ALBACEA.

3) EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA QUE RECLAME EL PAGO DEL SEGURO NO SEPA LEER,O CUENTE CON ALGUNA DISCAPACIDAD PARA FIRMAR, POR SEPARADO DEBERÁ EXPRESARSE ESTA CIRCUNSTANCIA E IMPRIMIR SU HUELLA DIGITAL Y FIRMAR A SU RIESGO OTRA PERSONA, MISMA QUE DEBERÁ SUSCRIBIRSE POR DOS TESTIGOS.

4) EN CASO DE QUE LOS BENEFICIARIOS SUSTITUTOS RECLAMEN EL PAGO DE LA PÓLIZA POR HABER FALLECIDO EL (LOS) BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES) DEBERÁ(N) JUSTIFICAR SU FALLECIMIENTO, EXHIBIENDO COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.

5) SI EL IMPORTE TOTAL O PARCIAL DE UNA PÓLIZA DEBE PAGARSE A "LOS HIJOS" EN GENERAL O "A LOS HIJOS" HABIDOS EN EL MATRIMONIO DEBERÁ RENDIRSE UNA INFORMACIÓN TESTIMONIAL ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES SOBRE LAS FECHAS DE NACIMIENTO Y NOMBRES DE LOS HIJOS DEL ASEGURADO Y EXHIBIRSE A LA COMPAÑÍA COPIA CERTIFICADA DE DICHA INFORMACIÓN Y DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE ELLOS. SI ALGUNO DE "LOS HIJOS" HUBIERE FALLECIDO DEBERÁ PRESENTARSE COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.

6) SI AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O FAMILIAR NO HABÍA SIDO AÚN ADMITIDA SU EDAD POR LA COMPAÑÍA, EL RECLAMANTE DEBERÁ COMPROBARLA PRESENTANDO EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO U OTRO DOCUMENTO FEHACIENTE.

7) TODAS LAS PREGUNTAS QUE CONTIENEN LAS DECLARACIONES DEBERÁN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y PRECISA, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR INFORMACIONES ADICIONALES SI LO CONSIDERA NECESARIO.

8) NO ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DE TERCERAS PERSONAS PARA EL COBRO DE LA PÓLIZA DE SEGURO, EN CONSECUENCIA, EVÍTESE EL PAGO DE COMISIONES U HONORARIOS, FORMULANDOS O RECLAMACIÓN DIRECTAMENTE A LA COMPAÑÍA.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA TRÁMITE DE SINIESTRO FALLECIMIENTO

- ✓ ASEG-067 FORMATO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO ORIGINAL, DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO POR CADA BENEFICIARIO, DE SER MAS DE UN BENEFICIARIO DEBERA REQUISITAR ESTE FORMATO POR CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS.
- ✓ ASEG-163 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS EN ORIGINAL (ASEGURADO), DEBIDAMENTE REQUISITADO, **CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**
- ✓ ASEG-163 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS EN ORIGINAL (POR CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS), DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO, **CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**
- ✓ ASEG-162 FORMATO DE INFORME MÉDICO EN ORIGINAL (ELABORADO POR EL MÉDICO TRATANTE)
- ✓ COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO O FAMILIAR FALLECIDO
- ✓ COPIA SIMPLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO O FAMILIAR FALLECIDO
- ✓ COPIA CERTIFICADA DE LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO COMPLETAS, QUE DEBERÁ INCLUIR TODOS Y CADA UNO DE LOS DICTÁMENES PERICIALES ORDENADOS POR LA AUTORIDAD (EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTAL)
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO O FAMILIAR FALLECIDO
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ACTA DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE LOS BENEFICARIOS
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ESTADO DE CUENTA DONDE SE SEÑALE EL RETIRO DE CAJERO O VENTANILLA PARA EL SEGURO DE BLINDAJE
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ESTADO DE CUENTA CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A 3 MESES A NOMBRE DEL BENEFICIARIO DONDE DESEA QUE SE REALICE EL DEPÓSITO.
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO MES INMEDIATO ANTERIOR AL EVENTO RECLAMADO (PARA SECURITY)
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ACTA DE MATRIMONIO (EN CASO DE SER EL CÓNYUGE EL BENEFICIARIO)

ZURICH Santander

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE FALLECIMIENTO

ZURICH SANTANDER · SEGUROS MÉXICO

- ✓ COPIA SIMPLE DEL ACTA DE MATRIMONIO (EN CASO DE QUE EL CÓNYUGE SEA EL FAMILIAR FALLECIDO EN SECURITY)
- ✓ COPIA SIMPLE DE LA PÓLIZA (EN CASO DE CONTAR CON ELLA)
- ✓ CERTIFICADO Y CÉDULA DE CONSENTIMIENTO DEL SEGURO DE VIDA FIRMADOS POR EL ASEGURADO (EN CASO DE CONTAR CON ELLOS)
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ACTA DE DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO HAYA FALLECIDO

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:
LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR INFORMACION ADICIONAL QUE ACLARE O COMPLEMENTE LA DOCUMENTACION RECIBIDA O DE PRACTICAR LAS INVESTIGACIONES O PRUEBAS QUE RESULTEN NECESARIAS PARA PROCEDER AL DICTAMEN DEFINITIVO DE LA RECLAMACION.

ESTA DOCUMENTACION SERÁ ENTREGADA AL EJECUTIVO DE SUCURSAL SANTANDER Y EL LA ENVIARA VÍA VALIJA A: GERENCIA DE PERSONAS, DOMICILIO: AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL. CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, CDMX.

EN CASO DE SINIESTRO, DUDAS O ACLARACIONES:
NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE AL TELÉFONO 5169 4300 DESDE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA AL (55) 5169 4300 OPCIÓN 2, OPCIÓN 1.

10

CARTA DE NEGATIVA DE MÉDICOS, DEL LLENADO DE INFORMACIÓN DE PACIENTE DEL HOSPITAL TORRE MÉDICA DEL CENTRO.

OMISIONES DE LOS DOCTORES:

ANDRES LEMUS MARTÍNEZ (CÉDULA 1197688 Y ESPECIALIDAD 9931203) y
RAMIRO JOSÉ NUCAMENDI GAONA (CÉDULA 6467926).

PACIENTE Y ASEGURADO:

JOAB OTONIEL JUÁREZ SÁNCHEZ.
FECHA DE LA DEFUNCIÓN 22 DE JULIO 2020.

ACCIDENTE CON MOTIVO DE TRAFICO DE VEHÍCULOS.
QUALITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

(ZURICH).
P R E S E N T E.

Póliza de seguro (SEGURO DE VIDA).
16511.
Número de Certificado
56-7548746-3.
R.F.C. Asegurado: JUSJ950531.

CURP Asegurado: JUSJ950531HDFRNB05.

Folio 77350156.

FECHA DE NACIMIENTO Asegurado:

31 de mayo de 1995, REGISTRO EN ATIZAPAN DE ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO. NACIMIENTO EN GUSTAVO A. MADERO, ANTES DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MÉXICO.

El suscrito, CARLOS VÍCTOR JUÁREZ ZAVALA, padre del paciente, ya finado, JOAB OTONIEL JUÁREZ SÁNCHEZ. Por medio de la presente, manifiesto en tiempo y forma mi RECLAMACIÓN o INCONFORMIDAD, en contra de los facultativos, señores MÉDICOS:

ANDRES LEMUS MARTÍNEZ (CÉDULA 1197688 Y ESPECIALIDAD 9931203) y

RAMIRO JOSÉ NUCAMENDI GAONA (CÉDULA 6467926).

Considerando que su NEGATIVA INJUSTIFICADA de proporcionar LA INFORMACIÓN DE PACIENTE DE HOSPITAL TORRE MÉDICA DEL CENTRO, constituye una omisión SUMAMENTE PERJUDICIAL A LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES, propiciando un obstáculo indebido a la solicitud para el pago del SEGURO DE VIDA respectivo.

EL PRESENTE DOCUMENTO NO CONSTITUYE RECLAMACIÓN POR MALA PRAXIS MÉDICA QUE EN SU CASO Y ANTE LA INSTANCIA LEGAL DEBIDA, PRESENTARÍA LA PERSONA CON LEGITIMACIÓN E INTERÉS JURÍDICO PARA HACERLO. TAMPOCO IMPLICA NUNGUNA QUEJA CONTRA AJUSTADOR DE LA ASEGURADORA, NI CONTRA LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS NI EN CONTRA DEL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS QUE TUVIERON A SU CARGO EL CUIDADO (POR DECIRLO ASÍ) DEL PACIENTE FALLECIDO, YA QUE EN TODO CASO TALES TÓPICOS SE HARÍAN VALER ANTE LAS AUTORIDADES E INSTANCIAS LEGALES PERTINENTES.

ACLARADO LO QUE INDICO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, ME PERMITO SEÑALAR QUE DICHA OMISIÓN DE LOS MÉDICOS CUYOS NMBRES HE MENCIONADO, IMPLICAN UN INCUMPLIMIENTO GRAVE A LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA MEDIANTE LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS JURÍDICOS:

PRIMERO, el documento publicado el día

Viernes 30 de noviembre de 2012 EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDEERACIÓN, (Segunda Sección)

INCUMPLIMIENTO a la NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Cuyo texto indica, EN LA PARTE CONDUCENTE :

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, fracciones I y X, 7, fracciones V y X, 13, apartado A, fracción I, 104, 105, 106, 107, 108 y 109 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 45, 47, fracción IV y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3, 4, 20, 21, 22, 45, 46, 47 y 78 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; 28, 33 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 8, fracciones V y XVI, 9, fracciones IV Bis y VI, 16, fracción XV y 24 fracción IX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito expedir y ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD.

SEGUNDO, el documento publicado en el

Diario Oficial de la Federación.

RUBRO PODER EJECUTIVO.

DOF: día 19/12/2014.

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.

Circular Única de Seguros y Fianzas. (Continúa en la Cuarta Sección)

Fecha: 19/12/2014 - Edición Matutina

Circular Única de Seguros y Fianzas. (Continúa en la Quinta Sección)

Circular Única de Seguros y Fianzas. (Continúa en la Sexta Sección)

CUYO TEXTO EN LA PARTE CONDUCENTE INDICA:

CIRCULAR Única de Seguros y Fianzas. (Continúa en la Tercera Sección).

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 26, 29, 36, 38, 41, 47, 49, 50, 52, 55, fracción I, 57, 61, 69, 70, fracción IV, 72, 73, fracción IV, 80, 89, 94, 103, fracción II, 105, 106, 107, 108, 111, fracción I, 116, 117, 120, 126, 127, 128, fracción I, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, fracción III, 143, 146, 153, 154, fracción I, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 168, 169, 172, fracción IV, 173, 182, 184, fracciones IV y VI, 186, 188, 201, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 214, 215, 218, 219, 221, fracción II, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 233, 234, 236, 237, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 254, 255, 258, 259, 260, 262, 263, 264, 267, 268, 269, 273, 274, 275, 294, fracción II, 295, fracciones II y VI, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 304, 307, 308, 310, 311, 312, 314, 316, 317, 320, 321, 322, 342, fracciones XII y XIV, 349, 352, 354, 355, 361, fracción II, 366, 372, 381, 389, 390, 415, 418, fracción V, y 491 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; previo acuerdo de su Junta de Gobierno en lo relativo a los artículos 26, 36, 41, 49, 50, 69, 106, 107, 120, 131, 132, 133, 136, 138, 143, 146, 156, 157, 160, 164, 172, fracción IV, 182, 218, 222, 223, 234, 236, 237, 241, 242, 247, 249, 255, 258, 259, 260, 262, 263, 268, 342, fracción XIV, 349, 352, 355, 369, 372, 398 y 418, fracción V, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; y después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores con relación a lo establecido en el artículo 140, fracción III, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros respecto a lo señalado en los artículos 207 y 208 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; y de la Secretaría de Salud con relación a lo previsto en los artículos 26 y 73, fracción IV, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y

CONSIDERANDO

Que el 4 de abril de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Decreto por el que se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro", en cuyo Artículo Primero se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Que en la Primera de las Disposiciones Transitorias del Artículo Primero del Decreto antes señalado, se prevé que la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas entrará en vigor a los setecientos treinta días naturales siguientes a la publicación del mismo, supuesto que se actualiza el 4 de abril de 2015.

Que en la Sexta de las Disposiciones Transitorias del referido Artículo Primero del "Decreto por el que se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro", se establece que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá emitir las disposiciones a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con anterioridad al inicio de su vigencia, debiendo establecerse que su observancia y aplicación será a partir de la entrada en vigor de esa Ley.

Que resulta conveniente que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas emita las disposiciones a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas de manera previa a la entrada en vigor de dicha Ley, con el propósito de que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, instituciones de fianzas y demás personas y entidades sujetas a su inspección y vigilancia, conozcan con antelación las normas precisas a las que deberán sujetarse y, de esa forma, facilitar y hacer más eficiente el proceso de instrumentación de las normas previstas en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Que resulta oportuno compilar en un solo instrumento jurídico las disposiciones derivadas de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sistematizando su integración y homologando la terminología utilizada, a fin de brindar con ello certeza jurídica en cuanto al marco normativo al que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, instituciones de fianzas y demás personas y entidades sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas deberán sujetarse en el desarrollo de sus operaciones, lo que también habrá de facilitar la consulta, cumplimiento y observancia de las disposiciones que les resultan ser aplicables, ha resuelto expedir la siguiente:

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS;

Diario Oficial de la Federación: ***fecha de publicación, del*** **22/12/2014.-**

ANEXOS de la Circular Única de Seguros y Fianzas, publicada el 19 de diciembre de 2014. (Continúa de la Segunda Sección)

(Viene de la Segunda Sección)

ANEXO 4.7.1-d.

MODELO DE CONTRATO DE ADHESIÓN Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PRODUCTO BÁSICO ESTANDARIZADO DE SEGUROS PARA LA COBERTURA DE SALUD, EN LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.-

LINEAMIENTOS, CONCEPTOS, TÉRMINOS:

1. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1 Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

1.2 Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

1.3 Cobertura

Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Tiene como objeto cubrir los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos erogados en territorio nacional.

1.4 La Compañía

Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

1.5 Consulta

Relación Médico-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.

1.6 Contratante

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

1.7 Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.

b) La Póliza.

c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales

d) Las Condiciones Generales.

e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.

1.8 Copago

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos.

1.9 Dependientes Económicos

Cónyuge o Concubino e hijos del Asegurado, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

1.10 Diagnóstico

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete.

1.11 Edad

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

1.12 Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

1.13 Estudios de laboratorio o gabinete

Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del paciente, realizados por instituciones autorizadas para tal efecto.

1.14 Expediente Médico

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la Aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

1.15 Fecha de ingreso a la Aseguradora

Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por La Compañía, (pólizas, endosos o recibos) en la que el Asegurado fue integrado mediante un contrato de seguros que opera a nombre de la compañía, a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.

1.16 Fecha de inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

1.17 Fecha de inicio de Vigencia

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

1.18 Fecha de término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

1.19 Gasto Médico

El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.

1.20 Gastos Médicos Correctivos

Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por consultas médicas y estudios de laboratorio y gabinete a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes Condiciones Generales.

1.21 Gastos Médicos Preventivos

Consultas, Exámenes Médicos y/o Estudios de Laboratorio y Gabinete, periódicos especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud.

1.22 Lugar de residencia

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente (domicilio habitual). Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

1.23 Médico

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional.

1.24 Médico de Primer Contacto

Médico de la Red de La Compañía que puede ser Médico General, Médico familiar, gineco-obstetra o pediatra, que presta sus servicios médicos a los Asegurados.

1.25 Médico Especialista

Médico de la Red de La Compañía que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los Asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

1.26 Pago Directo

Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato respectivo.

1.27 Periodo de Gracia

Plazo que La Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aún cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

1.28 Plan

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

1.29 Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la

transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) Carátula de Póliza.- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1 Nombres y firmas de los representantes de La Compañía

2 Nombre y domicilio del Contratante

3 La designación de las personas aseguradas

4 La naturaleza de los riesgos transferidos

5 Fecha de inicio y fin de la vigencia

6 Lista de Endosos incluidos

7 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles, Copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos

8 Cobertura Contratada

9 Prima del seguro

10 Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) Condiciones Generales.- Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) Endosos.- Documento generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.30 Preexistencia

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete. O por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

1.31 Prestadores de servicios médicos y hospitalarios

Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

1.32 Reclamación o Solicitud de Servicios

Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato de Seguro a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza, establecidas en las condiciones.

1.33 Recibo de Pago

Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

1.34 Red Médica

Conjunto de Prestadores de Servicios Médico y Hospitalarios que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura que, asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al Asegurado la opción de elegir libremente cuales de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea su por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

1.35 Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente **amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza.**

1.36 Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social".

1.37 Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

1.38 Solicitante Titular o Asegurado Titular

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

1.39 Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de La Compañía por cada Evento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza que forma parte de este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

1.40 Territorio

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional denominado "Estados Unidos Mexicanos".

1.41 Tratamiento Médico

Conjunto de acciones y/o procedimientos que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

2. OBJETO DEL SEGURO

Nombre de la compañía, en adelante denominada La Compañía, se obliga a cubrir al Asegurado los beneficios especificados en la Descripción de cobertura (Sección 3), siempre y cuando ocurra el evento cubierto durante la vigencia de la Póliza y se cumpla con lo establecido en el numeral 4.

3. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

Este producto ofrece al Asegurado dos coberturas:

1) Gastos Médicos Preventivos y

2) Gastos Médicos Correctivos

Objeto

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de Gastos Médicos Preventivos y consultas de Gastos Médicos Correctivos, en territorio nacional especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tienen derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Los Gastos Médicos Correctivos, estudios de laboratorio y gabinete, Consultas o Exámenes Médicos cubiertos podrán realizarse con los Médicos o instituciones elegidos por el Asegurado o los mencionados en la relación que se muestra en el folleto explicativo de La Compañía.

3.1 GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS

GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS CUBIERTOS:

Mediante esta cobertura el Asegurado tendrá derecho, en cada año Póliza, a los siguientes beneficios de Gastos Médicos Preventivos:

1. Para Menores de 18 años de edad.

Tres Consultas

2. A partir de 18 años y 1 día antes de 41 años de edad.

Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:

a) Examen General de Orina

b) Biometría Hemática y

c) Química Sanguínea de tres elementos

3. A partir de 41 años de edad:

Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:

Para varones:

a) Examen General de Orina

b) Química Sanguínea de 5 elementos

c) Biometría Hemática

d) Antígeno Prostático

Para mujeres:

a) Examen General de Orina

b) Química Sanguínea de 5 elementos

c) Biometría Hemática

d) Papanicolau

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

a) En el caso de las Consultas, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.

b) La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.

c) Respecto a Estudios de laboratorio o Gabinete, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los

servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de esta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS NO CUBIERTOS

1. No se cubre ninguna vacuna ni medicamento.

2. No se cubrirán Consultas ni exámenes de laboratorio y gabinete que no estén especificados en los puntos anteriores.

3.2 GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS

GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS CUBIERTOS:

Se cubren, en cada año Póliza, tres Consultas con Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas, con excepción de las Consultas mencionadas en las exclusiones de esta cobertura.

También se cubrirán estudios de laboratorio y gabinete, excepto los estudios mencionados en las exclusiones de esta cobertura.

Estos beneficios se otorgan para todos los Asegurados, a partir de la fecha de alta en la Póliza.

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

a) En el caso de las Consultas, de acuerdo al tipo de médico (Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas), el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.

b) La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.

c) Respecto a Estudios de laboratorio o gabinete, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de ésta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS NO CUBIERTOS

1. Consultas, estudios y tratamientos relacionados a las afecciones propias del embarazo, parto o puerperio, dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones. No se cubren las Consultas, estudios y tratamientos de carácter obstétricos o del control del embarazo.

2. Consultas, estudios o tratamientos con dietistas, ni de carácter estético.

3. Padecimientos preexistentes.

4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES

4.1 SINIESTROS

a) Es obligación del Asegurado pagar en cada consulta, el monto equivalente al Copago correspondiente de acuerdo a lo señalado en la sección 3.1 y 3.2

b) Los estudios de laboratorio y gabinete, correspondientes a gastos médicos correctivos, sólo serán autorizados en caso de que el Médico de primer contacto o especialista así lo considere, remitiéndose una nueva orden de atención.

c) Es obligación del Asegurado pagar el monto equivalente al Copago indicado en la carátula de la Póliza sobre el valor de la(s) factura(s) de los estudios realizados.

4.2 PAGO DE RECLAMACIONES

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros 30 días naturales, de cualquier Reclamación que pueda ser motivo de reembolso.

b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los

comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además de los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de Médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos realizados por Estudios de Laboratorio y Gabinete en empresas legalmente autorizadas.

e) La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para las reclamaciones de Gastos Médicos Correctivos o Gastos Médicos Preventivos, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.

b) A la cantidad resultante, se descontará la cantidad por concepto de Copago de acuerdo al porcentaje o Monto máximo establecido en la carátula de la Póliza, para cada concepto.

c) El Copago así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada evento cubierto.

5. CLAUSULAS GENERALES

5.1 Periodo de Pago de Beneficio

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año Póliza, exámenes preventivos o al agotarse la Suma Asegurada, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente.

5.2 Modificaciones y Notificaciones

El Contrato de Seguro sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y La Compañía, siempre y cuando no implique cambios a las características o cobertura del producto básico estandarizado.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Solicitante Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito, precisamente en su domicilio social, estando obligada a expedir constancia de la recepción. En caso de que la dirección de la oficina de La Compañía, llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (La Compañía "deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República").

5.3 Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

5.4 Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

5.5 Red Médica

La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo

La Compañía tendrá la obligación de poner a disposición del Asegurado la información en caso de que exista un cambio en la red de La Compañía.

5.6 Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante dispondrá de 30 días naturales (periodo de gracia) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

En tanto la prima no sea liquidada no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier reembolso.

Los pagos deberán efectuarse:

âc En el domicilio de La Compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma, o

âc De acuerdo a los medios autorizados por La Compañía para este producto.

5.7 Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito en un plazo que no excederá diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.8 Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y aceptación de La Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a La Compañía en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a La Compañía del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 6 de Primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a La Compañía a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.6 de Primas.

5.9 Bajas

Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Solicitante Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

5.10 Ajustes

En caso de Altas de Dependientes, La Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de Bajas de Dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

5.11 Renovación

Este Contrato se considerará renovado por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su Póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este Contrato de Seguro cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 5.16. Omisiones o Inexactas Declaraciones de la sección 5. Cláusulas Generales de este documento.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato de seguro se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que La Compañía tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula, La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad, sexo y lugar de residencia del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.12 Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley, que establece lo siguiente: "El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.13 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en el momento de los mismos.

5.14 Forma de Pago

Este producto se operará solo con forma de pago anual.

5.15 Lugar de Pago

Los pagos deberán efectuarse:

â¢ En el domicilio de La Compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma, o

â¢ De acuerdo a los medios autorizados por La Compañía para este producto, los cuales deberán hacerse del conocimiento del asegurado al momento de la contratación.

5.16 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

5.17 Competencia

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o La Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

5.18 Edad

a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas, Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación.

b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del contrato, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

5.19 Servicio de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de La Compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago de las Consultas, Exámenes Médicos y Estudios de Laboratorio y Gabinete que correspondan de acuerdo al lugar de residencia, edad y sexo del Asegurado, especificado en las presentes coberturas, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Copago que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de La Compañía para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su red.

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago del recibo no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada operando el pago únicamente vía reembolso.

5.20 Sistema de Pago por Reembolso

Se cubrirá el costo de las Consultas Médicas y de los estudios de laboratorio y gabinete cubiertos, menos el monto equivalente al Copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la Póliza.

5.21 Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Ley sobre el Contrato de Seguro Artículo 71.- "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Artículo 276.- "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. ...

III ...

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

..."

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado _____ quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día __ de _____ de ____, con el número _____".

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos----------, o visite www.----------; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono **(55) 5448 7000 en el D.F.** y del interior de la República al **01 800 999 8080** o visite la página www.condusef.gob.mx."

POR TODO LO CUAL, LA NEGATIVA DE LOS MÉDICOS, DEL LLENADO DE INFORMACIÓN DE PACIENTE, DEL HOSPITAL TORRE MÉDICA DEL CENTRO.

QUE DERIVA DE LAS OMISIONES DE LOS DOCTORES:

ANDRES LEMUS MARTÍNEZ (CÉDULA 1197688 Y ESPECIALIDAD 9931203) y

RAMIRO JOSÉ NUCAMENDI GAONA (CÉDULA 6467926).

REDUNDA EN PERJUICIO A LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y ASEGURADO:

JOAB OTONIEL JUÁREZ SÁNCHEZ.

FECHA DE LA DEFUNCIÓN 22 DE JULIO 2020.

ACCIDENTE CON MOTIVO DE TRAFICO DE VEHÍCULOS.

PÓLIZA DE QUALITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

(ZURICH).

EN EJERCICIO DE LOS CUALES AHORA QUEDAN SUS CAUSAHABIENTES Y HEREDEROS QUE TIENEN DERECHO A UNA SOLUCIÓN SATISFACTORIA AL PAGO DEL SEGURO DE VIDA COMO BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO YA FALLECIDO, RESULTANDO QUE DICHA SITUACIÓN ECONÓMICA A SATISFACERSE MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ASEGURADA Y POR HABERSE PRODUCIDO EL HECHO TÍPICO EN CARÁCTER DEL SINIESTRO PARA EL CUAL ESTÁ LA COBERTURA DEL SEGURO, SE ENTORPECE CON LA ACTITUD CARENTE DE TODA JUSTIFICACIÓN, DE LOS PROFESIONISTAS SEÑORES DOCTORES :

ANDRES LEMUS MARTÍNEZ (CÉDULA 1197688 Y ESPECIALIDAD 9931203) y

RAMIRO JOSÉ NUCAMENDI GAONA (CÉDULA 6467926).

ATENTAMENTE.

CIUDAD DE MÉXICO, MARTES 22 DE SEPTIEMBRE DE 2020.

CARLOS VÍCTOR JUÁREZ ZAVALA

Padre de JOAB OTONIEL JUAREZ SÁNCHEZ.|

ESCRITO EN 21 HOJAS TAMAÑO CARTA, CON TEXTO POR UN SOLO LADO.

31

5 6 7 7 1 7 6 8

33795073

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	LIBRO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	OC	--	4558	2020	DE	2020-07-23

REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL

FINADO

Nombre JOAB OTONIEL JUAREZ SANCHEZ — Edad 25 AÑOS — Sexo MASCULINO

Lugar de Nacimiento MEXICO CIUDAD DE MEXICO — Ocupación POLICIA MUNICIPAL

Domicilio CALLE 2DA CERRADA DE POZAS S-N COLONIA FRANCISCO I MADERO NICOLAS ROMERO ESTADO DE MEXICO

Estado Civil UNIÓN LIBRE — Nacionalidad MEXICANA

Nombre del Padre ---------- ---------- ----------

Nombre de la Madre ---------- ---------- ----------

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será CREMADO — Orden No. 4558

En el Panteón CREMATORIO SAN NICOLAS TOLENTINO

Ubicado en AV SAN LORENZO SN PARAJE SAN JUAN IZTAPALAPA CIUDAD DE MEXICO

Fecha de la Defunción 22 DE JULIO DE 2020 — Hora Defunción 18:00:00

Lugar de la Defunción CALLE JOSE MARIA IGLESIAS 21 COLONIA TABACALERA CUAHUTEMOC CIUDAD DE MEXICO

Causa(s) de la Muerte **ACIDOSIS METABOLICA REFRACTORIA, SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, NEUMONIA ATIPICA COVID-19 SOSPECHOSO**

Médico que Certifica ANDRES LEMUS MARTINEZ — Cédula Profesional 11976888

Domicilio del Médico CALLE JOSE MARIA IGLESIAS 21 COLONIA TABACALERA CUAHUTEMOC CIUDAD DE MEXICO

DECLARANTE

Nombre FERNANDO GONZALEZ DECIGA — Edad 54

Parentesco con el Finado NINGUNO

Nacionalidad MEXICANA

Domicilio CALLE FRANCISCO JAVIER MINA 29 COL BARR LA ASUNCION TLAHUAC CIUDAD DE MEXICO

La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se precisan y que se expide firmada electrónicamente y de manera autógrafa con fundamento en los artículos 48 del Código civil para el Distrito Federal y 13 fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal en esta Ciudad de México.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL
CERTIFICACIONES

FIRMA

El C. Juez Central del Registro Civil del Distrito Federal. A 20 DE AGOSTO DEL AÑO 2020

JJRonAO9YFkUIeDRoTAr9+aBeBpVFoji/r/DbhRe/yULT1Ir81ZM3VaLhv5kHrxCP2Jwr0/J1vv
cQHXlN7RQPMlNlTsRxdbuBkE55wDu6u7+umV8KiuFKukPz89gnzhik7hEM9h6EWwwHq/Ipgms4U
/NfMM6htqLd6q8oBpkG23OQNQE6WmGqSAZBAbRk002yZR/wTO7JcJlHPDdw9+J0IarDV2M9Ka

20/08/2020 33795073

Pago de Derechos: $74.54 M.N.

LIC. MANUEL BECERRA GARCIA

Para verificar la validez del contenido de esta copia visite pagina en internet:
http://www.consejeria.df.gob.mx/rcivil

56771768

32

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180220697

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Joab Otoniel; Primer Apellido: Juarez; Segundo Apellido: Sanchez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 3 Mes 0 5 Año 1 9 9 5

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Ciudad de Mexico (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: J U S J 9 5 0 5 3 1 H D F R N B 0 5 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 2 → Especifique Se ignora ( ) 9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora ___ Minutos; Para menores de un día ___ Horas; Para menores de un mes ___ Días; Para menores de un año ___ Meses; Para personas de un año o más 0 2 5 Años cumplidos; Se ignora ( ) 9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___ 8.3 Peso (gramos): ___

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ( ) 6 Viudo(a) ( ) 2 Casado(a) ( ) 5 En unión libre (X) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) ( ) 1 Se ignora ( ) 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Zda. Cerrada de Pozas
10.3 Núm. Exterior: S/N
10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: Francisco I. Madero
10.7 Código Postal: 5 4 4 6 7
10.8 Localidad: ___
10.9 Municipio o delegación: Nicolas Romero
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Estado de México

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria ( ) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria (X) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta ( ) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Policia Municipal; Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna (X) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular ( ) 7 Otra ( ) 8 IMSS ( ) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS PROSPERA ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS ( ) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS PROSPERA ( ) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada (X) 9 Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) 12 Hogar ( ) 11 Se ignora ( ) 99
14.1 Nombre de la unidad médica: Torre Medica Centro
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): D F S M P 0 0 3 0 8 3

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Jose Maria Iglesias
15.3 Núm. Exterior: 21
15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Tabacalera
15.7 Código Postal: 0 6 0 3 0
15.8 Localidad: ___
15.9 Municipio o delegación: Cuauhtemoc
15.10 Entidad federativa: Ciudad de México

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 2 2 Mes 0 7 Año 2 0 2 0; Horas 1 8 Minutos 0 0

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Acidosis Metabolica Refractaria	1 hora	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sepsis de Origen Pulmonar	7 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Neumonia Atipica	10 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Covid-19 sospechoso	10 dias	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ( ) 1 El parto ( ) 2 El puerperio ( ) 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ( ) 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ( ) 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

Uso exclusivo de personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ___

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ( ) 1 Homicidio ( ) 2 Suicidio ( ) 3 Se ignora ( ) 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ( ) 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área deportiva ( ) 3 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Área comercial o de servicio ( ) 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Otro ( ) 8 Se ignora ( ) 9
22.4 Anote la relación que tenia el presunto agresor con el(la) fallecido(a): ___
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ___
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: ___
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad: ___
22.7.2 Nombre de la vialidad: ___
22.7.3 Núm. Exterior: ___
22.7.4 Núm. Interior: ___
22.7.5 Tipo de asentamiento humano: ___
22.7.6 Nombre del asentamiento humano: ___
22.7.7 Código Postal: ___
22.7.8 Localidad: ___
22.7.9 Municipio o delegación: ___
22.7.10 Entidad federativa: ___

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Brenda Apolonia; Primer Apellido: Villegas; Segundo Apellido: Rodriguez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Conyuge

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique: ___

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 11976888

27. NOMBRE: Nombre(s): Andrés; Primer Apellido: Lemus; Segundo Apellido: Martinez

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Jose Maria Iglesia
29.3 Núm. Exterior: 21
29.4 Núm. Interior: ___
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Tabacalera
29.7 Código Postal: 0 6 0 3 0
29.8 Localidad: Cuauhtemoc
29.9 Municipio o delegación: Cuauhtemoc
29.10 Entidad federativa: Ciudad de Mexico
29.11 Teléfono: 1 0 8 8 8 4 0 0

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 2 2 Mes 0 7 Año 2 0 2 0

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. ___, Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: ___
32.2 Municipio o delegación: ___
32.3 Entidad federativa: ___
32.4 Día Mes Año: ___

180220697

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Nacimiento

Clave Única de Registro de Población
JUSJ950531HDFRNB05

Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro
MÉXICO

Municipio de Registro
ATIZAPAN DE ZARAGOZA

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0001	21/09/1995	0018	03482

Datos del Registrado

JOAB OTONIEL	JUAREZ	SANCHEZ
Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
HOMBRE	31/05/1995	GUSTAVO A. MADERO DISTRITO FEDERAL
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación del Registrado

CARLOS VICTOR	JUAREZ	ZAVALA	MEXICANA	
Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nacionalidad:	CURP:
BLANCA	SANCHEZ	ALCANTARA	MEXICANA	
Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nacionalidad:	CURP:

Anotaciones Marginales

Sin anotaciones marginales

Certificación

La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se mencionan en cumplimiento de los artículos 3.1 y 3.7 del Código Civil vigente en el Estado de México.

A LOS 17 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2017 DOY FE.

Sello:
1301995034825|1|18|3482|CAMPESTRE GUADALUPANA|5|8|1995-08-21 00:00:00.0|JOAB OTONIEL|JUAREZ|SANCHEZ|1995-05-31 00:00:00.0|M|5|9|CARLOS VICTOR|JUAREZ|ZAVALA|40|223|BLANCA|SANCHEZ|ALCANTARA|26|223|11501300011995034820

Firma Electrónica:
AG6gCzkB8r1H8gUWXmprdJUdZ6RpcmkeFPHvducAoHSCnR53kODH66GsDbzI3Se weB12F8KDA4Dulu4dhvB21y2UeRaNi66FQTD2f8xSmp9EEIJCzKpsehRLzCObqe2+cU10pQOMBlpbAF0d0yQDuWkVchjuJ22XBRzPt+PUpsG8gzgQQPng3utJKqWvFGkWZL22FXTJVTEEN03F/fVNbXepSr97NVWwKqUusH4XgZ+M2GBFaUhn77mM9yCg6ZqJPbXEEre2ZmEz6SiZN3B4T++g88Dm6FXDuO94MTfuwXWYUbQ8MQG6xYrlShoVT9dxoTe+OYMoZpuzhSBaeg==

Código QR

Código de Verificación
11501300011995034820

NOMBRE Y FIRMA

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAURICIO NOGUEZ ORTIZ
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

El contenido del acta puede ser verificado en la siguiente liga: http://201.175.34.111/ActaMex/

ARC2762224

ELECCIONES FEDERALES | LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1216033712<<4802080173612
5507054H2412311MEX<01<<33713<0
JUAREZ<ZAVALA<<CARLOS<VICTOR<<

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
JUAREZ
ZAVALA
CARLOS VICTOR

FECHA DE NACIMIENTO
05/07/1955

SEXO H

DOMICILIO

COL OBRERA 06800
CUAUHTEMOC, D.F.

CLAVE DE ELECTOR JRZVCR55070509H000

CURP JUZC550705HDFRVR09

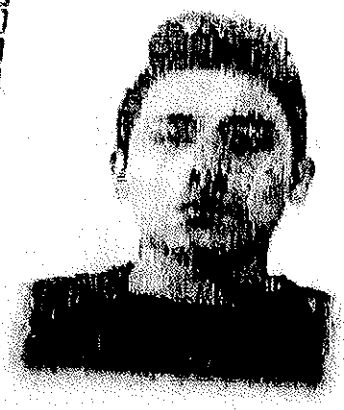
AÑO DE REGISTRO 2008 01

ESTADO 09 MUNICIPIO 015 SECCIÓN 4802

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2014 VIGENCIA 2024

35

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
JUAREZ
SANCHEZ
JOAB OTONIEL

FECHA DE NACIMIENTO
31/05/1995

SEXO H

DOMICILIO
C SIERRA VOLCANICA AND 1 MZA 319 CS 2 A
FRACC PARQUE RESIDENCIAL COACALCO 55720
COACALCO DE BERRIOZABAL, MEX.

CLAVE DE ELECTOR JRSNJB95053109H900

CURP JUSJ950531HDFRNB05

AÑO DE REGISTRO 2013 01

ESTADO 15 MUNICIPIO 020 SECCIÓN 0628

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2014 VIGENCIA 2024

ELECCIONES FEDERALES | LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1573129684<<0628095042181
9505313H2412311MEX<01<<03137<1
JUAREZ<SANCHEZ<<JOAB<OTONIEL<<

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ^JOAB OTONIEL	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TORAX	CR		19-07-2020 12:09:25	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
LEMUS	19-07-2020 12:11		19-07-2020 17:49:46	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

Estudio: Radiografía PA de tórax.
Motivo del estudio: Control de neumonía viral.
Técnica: Se realiza toma de radiografía posteroanterior de tórax.

Hallazgos:
Tejido blando sin evidencia de alteración.
Electrodos de monitorización cardiaca externa.
Densidad ósea conservada.
No hay evidencia de trazos de fractura.
Tórax de conformación simétrica.
Tráquea central.
Silueta cardiomediastinal no valorable en esta proyección.
Parénquima pulmonar muestra múltiples opacidades de forma irregular distribuidas en ambos pulmones sin cambios significativos respecto a estudio previo del día 16/07/2020.
No hay evidencia de consolidación del espacio aéreo, derrame pleural o adenopatía.
Ángulos cardio y costo frénicos libres.
Cúpulas diafragmáticas normales.

Impresión diagnóstica:
Radiografía posteroanterior de tórax que muestra múltiples opacidades de forma irregular distribuidas en ambos pulmones sin cambios significativos respecto a estudio previo del día 16/07/2020.

interpretado por:
RADIOCARE.MX
Experiencia & Capital para Imagenología
+52 (81) 2089-8282

Dra. Grethel Renée Rivera Lares
Médico Radiólogo
Ced. Prof. 9964049

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ^JOAB OTONIEL	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TORAX	CR		16-07-2020 15:57:51	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
LEMUS	16-07-2020 16:00		16-07-2020 16:25:36	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

RADIOGRAFIA DE TORAX PORTATIL

INFORMACIÓN CLÍNICA.- Control paciente COVID 19
MÉTODO DE ESTUDIO. Se efectúa proyección portátil de tórax.

HALLAZGOS:
El revestimiento de partes blandas con cables y electrodos de monitorizacion cardiaca.
Estructuras óseas sin soluciones de continuidad patológicas.
Tráquea central con límites y anchura normales.
Cateter centra en adecuada posicion.
Hemidiafragmas de contornos lisos
Senos costofrénicos velados y cardiofrénicos velados en relacion con derrame pleural bilateral.
Los hilios centrales congestivos.
Silueta cardiaca de dificil valoracion por interposicion de estructuras
Campos pulmonares velados, por zonas de cosnolidacion que confluyen entre si,

IMPRESIÓN DX:
Neumonía multifocal.

Dr. Flavio Uriel Dominguez Mendez
Médico Radiólogo
Ced. Prof: 7049319

info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx

José María Iglesias 21. Colonia Tabacalera, Mexico. D.F 06030
+52 (55)1084 8800 / +52 (55)1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TAC TORAX CTE	CT		11-07-2020 16:02:28	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	11-07-2020 23:12		12-07-2020 00:03:36	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX

MÉTODO DE ESTUDIO: Se realiza tomografía de tórax en fase simple desde las bases pulmonares hasta el opérculo torácico, con reconstrucciones a 0.6 y 5.0 mm y reconstrucciones en planos coronal y sagital.

HALLAZGOS:
Los tejidos blandos de la pared torácica y dorso con morfología y densidad normales.
Las estructuras óseas con adecuada densidad e integridad de corticales, se aprecian algunas calcificaciones de los cartílagos costales.
Disminución de la expansión del tórax. El espacio pleural con derrame bilateral, de predominio derecho, con atenuación hasta de 14 UH.
Parénquimas pulmonares muestran patrón en vidrio deslustrado de distribución difusa y áreas de consolidación periféricas de etiología a determinar.
El mediastino es central el corazón sin alteraciones, el pericardio es delgado. La aorta mide 31 mm y la arteria pulmonar mide 37 mm, inversión de la relación aorto-pulmonar, de contenido homogéneo Tráquea y bronquios principales permeables.
Las cadenas ganglionares mediastinales inferiores y subcarinales con eje corto hasta de 8 mm.

CONCLUSIÓN:
Áreas de consolidación e hipoventilación en parénquima pulmonar de etiología a determinar.
Datos de hipertensión pulmonar.
Adenopatías mediastinales de aspecto inflamatorio.
Derrame pleural bilateral de predominio derecho.
Hallazgos a correlación con el contexto clínico y protocolo de estudio correspondiente.

interpretado por:
RADIOCARE.MX
Experiencia & Capital para Imagenología
+52 (81) 2089-8282

Dr. Blanca Ruiz Sierra
Médico Radiólogo
Ced. Prof. 11793647

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JOAB OTONIEL JUAREZ SANCHEZ	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
	CT		11-07-2020 21:35:50	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	12-07-2020 07:20		12-07-2020 08:56:14	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX

MÉTODO DE ESTUDIO: Se realiza tomografía de tórax fase simple comparativa con estudio del 11/07/2020 de las 16:02 hrs, desde las bases pulmonares hasta el opérculo torácico, con reconstrucciones a 2.5 y 1.3 mm y reconstrucciones en planos coronal y sagital.

HALLAZGOS:
Protocolo: CT tórax Dosis completa
Patrón pulmonar: opacidades de vidrio esmerilado y consolidaciones periféricas y centrales.
Distribución predominante aguda : Lóbulos superiores, distribución predominante: Dorsal.

PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD DE CT:
Lóbulo superior derecho: 75-100% (5 puntos)
Lóbulo medio derecho: 5 - 25% (2 puntos)
Lóbulo inferior derecho: 50 - 75% (4 puntos)
Lóbulo superior izquierdo: 75-100% (5 puntos)
Izquierdo inferior Lóbulo: 50 - 75% (4 puntos)

Puntuación de gravedad de CT total: 20

Disminución de la expansión del tórax. El espacio pleural con derrame bilateral, de predominio derecho (atenuación de 23 a 7 UH).
Resto de los elementos evaluados sin cambios.

interpretado por:
RADIOCARE.MX
Experiencia & Capital para Imagenología
+52 (81) 2089-8282

Dr. Blanca Ruiz Sierra
Médico Radiólogo
Ced. Prof. 11793647

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JOAB OTONIEL JUAREZ SANCHEZ	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
	CT		11-07-2020 21:35:50	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	12-07-2020 07:20		12-07-2020 08:56:14	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

CONCLUSIÓN:
Estudio de tórax clasificación CO-RADS CO-RADS 4: probable COVID-19 (anomalías sospechosas para COVID-19), no se descarta otro agregado.
Puntuación de gravedad total de la TC 20 (puntaje máximo 25).
Resto de los elementos evaluados sin cambios con respecto a estudio previo.
Hallazgos a correlación con el contexto clínico y protocolo de estudio correspondiente.

interpretado por:
RADIOCARE.MX
Experiencia & Capital para imagenología
+52 (81) 2089-8282

Dr. Blanca Ruiz Sierra
Médico Radiólogo
Ced. Prof. 11793647

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ ^JOAB OTONIEL	261137	M	25	31-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
EXTREMIDADES INFERIORES	CR		10-07-2020 17:43:02	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
	10-07-2020 17:45		10-07-2020 17:54:33	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA PIERNA EN DOS PROYECCIONES

INFORMACIÓN CLÍNICA.- Control.
MÉTODO DE ESTUDIO. Se efectuó estudio radiográfico de la pierna izquierda en proyecciones anteroposterior y lateral.

HALLAZGOS:
Los tejidos blandos con aumento de volumen y radiopacidad..
No se observan lesiones líticas o blásticas.
Fractura de la diafisis tibial fija y alineada por placa y tornillos
Fractura desplazada de la region diafisiaria de perone en tercio proximal.
Fractura distal de perone fija y alineada por material de osteosintesis.
El eje diafisiario de la tibia y el peroné se encuentra conservado. Relación tibio-peroneal es normal.
El hueso compacto y la cortical tienen una anchura y contornos adecuados. No se aprecian calcificaciones intrarticulares o periarticulares.

IMPRESIÓN DX:
Fractura diafisiaria de tibia alineada
Fractura distal de perone alineada
Fractura diafisiaria de perone con minimo desplazamiento.
Material de osteosintesis integro.

Dr. Flavio Uriel Dominguez Mendez
Médico Radiólogo
Ced. Prof: 7049319

info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx

José María Iglesias 21. Colonia Tabacalera, Mexico. D.F 06030
+52 (55)1084 8800 / +52 (55)1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ ^JOAB OTONIEL	261137	M	25	21-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TORAX	CR		08-07-2020 23:14:57	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
AVILA	08-07-2020 23:31		08-07-2020 23:55:12	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA PIERNA EN DOS PROYECCIONES

INFORMACIÓN CLÍNICA. Traumatismo.
MÉTODO DE ESTUDIO. Se efectuó estudio radiográfico de la pierna izquierda en proyecciones anteroposterior y lateral.

HALLAZGOS:
Los tejidos blandos con aumento de volumen y radiopacidad a nivel de tercio medio.
No se observan lesiones líticas o blásticas.
Se identifica fractura de tibia con trazo helicoidal desplazada.
Se identifican dos trazos de fractura a nivel de perone con desplazamiento medial.
El eje diafisiario de la tibia y el peroné se encuentra conservado. Relación tibio-peroneal es normal.
El hueso compacto y la cortical tienen una anchura y contornos adecuados. No se aprecian calcificaciones intrarticulares o periarticulares.

IMPRESIÓN DX:
Fractura diafisiaria desplazada de tibial.
Fractura multiple desplazada de la diafisis peronea.
Edema de tejidos blandos superficiales.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE TÓRAX ÓSEO

Método de estudio: Con equipo generador de radiación ionizante, se efectuó estudio radiográfico de tórax óseo en proyección anteroposterior, observando:

Dr. Flavio Uriel Dominguez Mendez
Médico Radiólogo
Ced. Prof: 7049319

info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx

José María Iglesias 21. Colonia Tabacalera, Mexico. D.F 06030
+52 (55)1084 8800 / +52 (55)1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL PACIENTE				
JUAREZ SANCHEZ ^JOAB OTONIEL	261137	M	25	21-05-1995
Nombre	ID	Género	Edad	Fecha de nacimiento
DATOS DEL ESTUDIO				
TORAX	CR		08-07-2020 23:14:57	
Estudio	Modalidad		Fecha de realización	
AVILA	08-07-2020 23:31		08-07-2020 23:55:12	
Médico referidor	Fecha de recepción		Fecha de interpretación	

Descripción:
Los tejidos blandos sin alteraciones, no se aprecian calcificaciones patológicas, no evidencia de cuerpos extraños.
Estructuras óseas con mineralización . No se observan lesiones líticas o blásticas. No se identifican soluciones de continuidad patológicas.
Esternón valorable morfológicamente normal.
Los arcos costales muestran integridad de las corticales.
Los hemitórax con adecuada aireación, no existen datos radiográficos de neumotórax, ni contusiones pulmonares al momento del estudio.
Los hemidiafragmas cupuliformes, altura normal y sin evidencia de obliteración de senos costodiafragmáticos.

IMPRESIÓN DX:
Torax óseo morfologicamente normal.

Dr. Flavio Uriel Dominguez Mendez
Médico Radiólogo
Ced. Prof: 7049319

info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx

José María Iglesias 21. Colonia Tabacalera, Mexico. D.F 06030
+52 (55)1084 8800 / +52 (55)1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

Paraclínicos
12 de Julio 2020
Biometría Hemática: HB 12.3, HCT 38, Leucocitos 16200, Linfocitos 1296, Monocitos 648.
Química Sanguínea glucosa 85, urea 22.5, creatinina 0.7, acido úrico 3.2, colesterol 107, HDL 32, LDL 54, triglicéridos 108, calcio 8.2, fosforo 2.8, Proteínas 5, albumina 2.7, BD 0.46, BI 0.68, dhl 317, fa54, amilasa38, hierro14, sodio 135, potasio 4.1, cloro 104.
Gasometría PH 7.422, PCO2 36.9, PO2 48, EB 0, HCO3 24, Saturación 85%, ácido láctico 1.36.
13 de julio 2020
18 de julio
Laboratorios HB 9.9, leucos 20 mil con neutrófilos 16.8, linfocitos 1600, bandas 600, glucosa 89, creatinina 0.5, albumina 2.4, AST 66, ALT 57, DHL 648, Procalcitonina <0.5, Na 137, k 3.9, Cl 105, Dímero d 1.7, Ferritina 766; Gasometría arterial PH 7.46, PO2 51, PCO2 34, SO2 89%, lac 0.9, hco3 25, KIRBY 51

Paciente masculino el cual continua con requerimientos altos de oxígeno actualmente con fio2 al 100% y flujo de 50 litros mantiene adecuada saturación, presentado periodos de disminución de la saturación durante la movilización, persiste con alzas térmicas de hasta 37.8°C, en espera de cultivos para ajuste de manejo antibiótico, re reporta grave.
Se extiende el presente resumen para los fines legales que el familiar considere.

DR. RAMIRO JOSE NUCAMENDI GAONA
CP 6467926

Grupo Torre Médica
Operadora de Hospitales GTM S.A.P.I. De C.V
info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx
José María Iglesias 21 • Colonia Tabacalera, Cuauhtémoc, 06030
+52 (55) 1084.8800 / (55) 1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

RESUMEN CLINICO.

Nombre del paciente: Juarez Sanchez Joab Otoniel Fecha: 12/07/2020 Hora: 04:30 hrs

Signos vitales: TA: 120/75 mmHg FC: 102 lpm SpO2: 90%, con Fio2: 45%, Temperatura: 38.2 º C FR: 24 rpm

Se trata de paciente masculino de 25 años, el cual se niega antecedentes cronicodegenerativos, no alérgicos, traumáticos previos negados, quien inicia su padecimiento el dia 08 de Julio al encontrarse viajando en motocicleta, presenta accidente automovilistico por alcance, recibiendo impacto en miembro pelvico izquierdo, siendo valorado de forma primaria en Cruz Roja Mexicana, en donde se evidencia fractura de tibia y perone izquierdo expuesta desplazada, posteriormente siendo traído a esta unidad, donde se realiza valoración inicial e inmovilización de miembro pelvico. Valorado por traumatología y ortopedia quien refiere reducción abierta y fijación interna, mediante colocación de placa DCP, realizandose bajo bloqueo peridural y subaracnoideo. Al momento sin sistema electrónico para revisión de notas previas.

Evolutivamente, se encuentra con dolor en herida moderado, sin datos de infección, sin embargo se notifica mientras se encuentra en piso, presencia de hipoxemia a pesar de uso de oxigeno complementario con puntas nasales hasta 68%, por lo que se solicita TAC de torax que muestra: Estudio de tórax clasificación CO-RADS CO-RADS 4: probable COVID-19 (anomalías sospechosas para COVID-19), no se descarta otro agregado. Puntuación de gravedad total de la TC 20 (puntaje máximo 25). Por lo que ante hallazgos se decide su ingreso al área Covid para continuar con monitorización y oxigenoterapia, al momento sin datos de dificultad respiratoria, con últimos paraclínicos que reportan: Hb: 14.5, Hto: 43%, Leucocitos: 11, Neutrofilos: 85%, Plaquetas: 164, TP: 31.1, TTP: 11.6, Glucosa: 132, Urea: 48, Creatinina: 0.8, GGT: 43, Na: 138, K: 4.4, Cl: 109. Paciente que durante su estancia asi mismo comienza con presencia de fiebre de hasta 38.2 grados, se realiza asi mismo prueba rápida de Covid con resultado negativo, sin embargo prueba con baja especificidad y sensibilidad; se solicita prueba de PCR como complemento diagnostico, estudio de TAC altamente sugestiva de lesiones por SARS-Cov-2.

A la exploración actualmente se encuentra alerta, orientado, funciones mentales conservadas, adecuada coloración de piel y tegumentos, mucosas subhidratadas, cuello sin adenopatías, con oxigeno complementario a base de mascarilla facial a 12 L/min, tórax normolíneo, con presencia de disminución generalizada del murmullo vesicular, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin agregados, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, extremidades integras, con presencia de herida en cara anterior de miembro pélvico izquierdo, edema de tejidos blandos, bordes de herida bien afrontados, sin datos de infección, llenado capilar distal de 2 segundos. Se realiza el presente resumen para los fines que convengan. Actualmente cuenta con los diagnósticos:

1. Trauma de extremidad
   Posoperado de fractura de tibia y perone
2. Sindrome de insuficiencia respiratoria
   Probable Covid-19
   Derrame pleural bilateral.

Dr Andres Lemus Martinez
CED. PROF. 11976888

Grupo Torre Médica
Operadora de Hospitales GTM S.A.P.I. De C.V
info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx
José María Iglesias 21 • Colonia Tabacalera, Cuauhtémoc, 06030
+52 (55) 1084.8800 / (55) 1084.8888

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

RESUMEN CLINICO.

Paciente: Juárez Sánchez Job Otoniel Edad: 25 años.
Fecha: 20 de Julio del 2020

Paciente masculino de 25 años de edad el cual cursa con los siguientes diagnósticos: Pos operado de fractura de tibia y peroné, neumonía atípica con sobreinfección bacteriana e insuficiencia respiratoria aguda grave cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:
Antecedentes personales patológicos
Niega enfermedad crónica.
Alergias, transfusiones, traumatismos negados.
Cirugías refiere amigdalectomía.
Refiere iniciar su padecimiento el día 08 de Julio al desplazarse en vehículo de motor como piloto, con uso de equipo de seguridad, sufriendo impacto por vehículo de motor condicionado múltiples contusiones, sin pérdida del estado de alerta, con dolor a nivel de miembro pélvico izquierdo que condiciona imposibilidad para la deambulación, es auxiliado por personal prehospitalario los cuales trasladan a esta unidad. Durante su estancia en urgencias se realiza estudios de imagen radiografía de pierna reportando fractura diafisiaria desplazada de tibia, fractura múltiple desplazada de la diáfisis peronea, edema de tejidos blandos superficiales. Se valora por el servicio de ortopedia los cuales programan para manejo quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna, mediante colocación de placa DCP y tercio de caña.
Pasando a quirófano el día 10 de julio realizando cirugía de tibia y peroné sin complicaciones, el día de 11 de julio del 2020 se informa por parte de enfermería que presenta taquicardia de hasta 130 latidos por minuto y disminución de la saturación de hasta 81% a pesar de aporte de oxígeno suplementario mediante catéter nasal, al retiro del mismo se observa disminución de saturación hasta 58%, por lo que se modifica el aporte de oxígeno mediante mascarilla bolsa reservorio, se detecta aumento de la temperatura de 38°C, con la sospecha de complicación asociada a la fractura (Embolismo graso vs Tromboembolia pulmonar) se solicita realización de angiotomografia de tórax simple y contrastada, sin embargo no cuenta con ayuno indicado por personal de imagen, por lo que se realiza tomografía simple de tórax la cual reporta; áreas de consolidación e hipoventilación en parénquima pulmonar de etiología a determinar, datos de hipertensión pulmonar, adenopatías mediastinales de aspecto inflamatorio, derrame pleural bilateral de predominio derecho, persistiendo con disminución de la saturación, taquicardia. Se ingresa al área de terapia respiratoria, ingresando con aporte de oxígeno mediante mascarilla facial a 15 litros, se programa angiotomografía pasando a imagen muéveme a las 21:35 del 11 de Julio sin embargo no se realiza angiografía problemas con el inyector, reportando nueva tomografía simple con los siguientes Hallazgos Estudio de tórax clasificación CO-RADS CO-RADS 4: probable COVID-19 (anomalías sospechosas para COVID-19), no se descarta otro agregado. Puntuación de gravedad total de la TC 20 (puntaje máximo 25). Resto de los elementos evaluados sin cambios con respecto a estudio previo. Continuando su manejo en el área terapia respiratoria, modificando aporte de oxígeno iniciando con puntas de alto flujo ante poca respuesta a la mascarilla bolsa reservorio, el día 16 de julio se realiza control radiográfico de tórax reportando Campos pulmonares velados, por zonas de consolidación que confluyen entre sí, se modifica esquema antimicrobiano ante la persistencia de alzas térmicas, elevación de leucocitos y neutrofilia actualmente con manejo antibiótico a base de linezolid, meropenem y antifúngico a base de caspofungina, nuevo control radiográfico del 19 de julio reportando Radiografía postero anterior de tórax que muestra múltiples opacidades de forma irregular distribuidas en ambos pulmones sin cambios significativos respecto a estudio previo del día 16/07/2020, cuenta con prueba de PCR negativa para covid-19 reportada el 14 de julio, actualmente ala exploración física lo encontramos:
Masculino consiente, orientado en sus tres esferas neurológicas, FOUR de 16 puntos, pupilas isocoricas normoreflexicas, mucosa oral subhidratada, cuello sin ingurgitación yugular, tórax simétrico con aumento de la mecánica respiratoria, campos pulmonares con estertores diseminados, sin sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen sin dolor a la palpación sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, extremidad inferior izquierda con herida quirúrgica limpia en proceso de cicatrización, resto de extremidades sin alteraciones.

GRUPO
TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

CIUDAD DE MÉXICO A 04 DE AGOSTO DEL 2020.

RESUMEN DE ATENCIÓN

PACIENTE: JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL
EDAD: 25 AÑOS
SEXO:MASCULINO
FECHA DE ACCIDENTE:08-07-2020
FECHA DE ATENCIÓN: 08-07-2020
DIAGNÓSTICO: FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO CIE-10 T12X FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
OBSERVACIONES FRACTURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO. MULTIFRAGMENTADOS

OBSERVACIONES:
SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS EL CUAL SUFRE ACCIDENTE VIAL TIPO CHOQUE. REFIERE QUE AL IR A BORDO DE SU MOTOCICLETA. REFIERE QUE ES IMPACTADO EN SU PIERNA IZQUIERDA POR OTRO VEHICULO. NIEGA CONTUSION O TRAUMA DE TORAX O CRANEO. NIEGA PERDIDA DEL ESTADO DE ALERTA. ES TRASLADADO EN PRIMERA INSTANCIA A CRUZ ROJA DONDE SE LE COLOCA INMOVILIZACION.

INGRESA A HOSPITALIZACION PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO.

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD EL CUAL CURSA SU DÍA NUMERO 14 DE ESTANCIA EN LA UNIDAD Y 10 DÍAS ESTANCIA EN EL ÁREA DE TERAPIA RESPIRATORIA, EL CUAL INICIA SU PADECIMIENTO EL DÍA 08 DE JULIO AL SUFRIR ACCIDENTE AL DESPLAZARSE EN VEHÍCULO DE MOTOR TIPO MOTOCICLETA, SUFRIENDO IMPACTO LATERAL SUFRIENDO CONTUSIONES EN MÚLTIPLES PARTES DE SU ANATOMÍA AUXILIADO POR PERSONAL PREHOSPITALARIO LOS CUALES TRASLADAN A ESTA UNIDAD, A SU LLEGADA SE REALIZA ESTUDIOS DE IMAGEN CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX LA CUAL REPORTA TÓRAX ÓSEO MORFOLOGICAMENTE NORMAL., RADIOGRAFÍA DE TIBIA Y PERONÉ REPORTANDO FRACTURA DIAFISIARIA DESPLAZADA DE TIBIAL. FRACTURA MÚLTIPLE DESPLAZADA DE LA DIAFISIS PERONEA IZQUIERDA, SE VALORA POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA LOS CUALES PROGRAMAN PARA MANEJO QUIRURGICO, PASANDO A QUIROFANO EL DÍA 10 DE JULIO DONDE REALIZA REDUCCIÓN ABIERTA CON COLOCACIÓN DE PLACA EN TIBIA Y PERONE SIN COMPLICACIONES, EN SU HABITACIÓN INICIA CON DISMINUCIÓN DE SATURACIÓN POR LO QUE SE ADMINISTRA OXIGENO SUPLEMETARIO MEDIANTE CATÉTER NASAL A 5 LITROS REPORTANDO ADECUADA SATURACIÓN, EL DÍA SÁBADO 11 DE JULIO SE REPORTA POR PARTE DE ENFERMERÍA DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN HASTA 80% A PESAR DE APOYO DE OXIGENO POR CATÉTER NASAL POR LO QUE SE ACUDE A VALORACIÓN AL RETIRO DE OXIGENO SE DOCUMENTA SATURACION DE 60% ANTE LA SOSPECHA DE COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA FRACTURA SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE TÓRAX SIMPLE Y CONTRASTADA SIN EMBARGO AL NO CUMPLIAR AYUNO SE REALIZA TOMOGRAFÍA SIMPLE LA CUAL REPORTA ÁREAS DE CONSOLIDACIÓN E

GRUPO TORRE MÉDICA
HOSPITAL CENTRO

HIPOVENTILACIÓN EN PARÉNQUIMA PULMONAR DE ETIOLOGÍA A DETERMINAR, DATOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR, ADENOPATÍAS MEDIASTINALES DE ASPECTO INFLAMATORIO, DERRAME PLEURAL BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO, SE PASA AL AREA DE TERAPIA RESPIRATORIA INICIANDO MANEJO CON MASCARILLA RESERVORIO A 15 LITROS CON LO QUE SE LOGRA SATURACIONES DE HASTA 94%, SE REALIZA NUEVA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX COMPARATIVA EL DIA 11 DE JULIO REPORTANDO ESTUDIO DE TÓRAX CLASIFICACIÓN CO-RADS CO-RADS 4: PROBABLE COVID-19 (ANOMALÍAS SOSPECHOSAS PARA COVID-19), NO SE DESCARTA OTRO AGREGADO. PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD TOTAL DE LA TC 20 (PUNTAJE MÁXIMO 25). EL DÍA 13 DE JULIO SE REPORTA DIMERO D DE 6.8 NO COMPATIBLE CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR, DURANTE SU ESTANCIA CONTINUA CON REQUERIMIENTOS ALTOS DE OXIGENO SIENDO NECESARIO LA UTILIZACIÓN DE PUNTAS DE ALTO FLUJO PERMANECIENDO HASTA EL DÍA DE HOY A 70 LITROS Y FIO2 AL 100%, SE INFORMA A FAMILIARES EL INCREMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENO Y EL ALTO RIESGO DE REQUERIR MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA, SE INFORMO EN MÚLTIPLES OCACIONES LA NECESIDAD DE MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SIN EMBARGO PACIENTE NO ACEPTO, SE REALIZA EL DÍA 16 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE CONTROL REPORTANDO CAMPOS PULMONARES VELADOS, POR ZONAS DE COSNOLIDACION QUE CONFLUYEN ENTRE SI COMPLATIBLES CON NEUMONIA MULTIFOCAL, SE CONTINUA MANEJO PARA NEUMONI AVIRAL Y BACTERINA CON ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, AGREGNADO ANTIFUNGICO EL DÍA 18 DE JULIO Y REALIZANDO NUEVA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX LA CUAL SE REPORTA PARÉNQUIMA PULMONAR MUESTRA MÚLTIPLES OPACIDADES DE FORMA IRREGULAR DISTRIBUIDAS EN AMBOS PULMONES SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS RESPECTO A ESTUDIO PREVIO DEL DÍA 16 DE JULIO, EL DIA DE AYER 21 DE JULIO SE REPORTA DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN DE HASTA 70% SE INFORMA A PACIENTE LA NECESIDAD DE MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SIN EMBARGO PACIENTE NO ACEPTA, EL DÍA DE HOY SE RECIBE PACIENTE CON SATURACION DEL 65% SIN REPORTNDER AL MANEJO CON PUNTAS DE ALTO FLUJO POR LO QUE SE INFORMA NUEVAMENTE A FAMILIARES(ESPOSA) LA CUAL REFIERE QUE SI ES NECESARIO SE INTUBE POR LO QUE A LAS 17 HORAS SE PROCEDE A REALIZAR MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AEREA CON UNA SATURACIÓN PREVIA DE 50%, LOGRANDO INTUNACIÓN AL SEGUNDO INTENTO CON TUBO OROTRAQUEAL DEL 8 FR, SIN EMBARGO PERSISTE CON DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN SE LOGRA RECUPERACION PARCIAL DE LA SATURACIÓN HASTA 75% CON PARAMETROS ALTOS DEL VENTILADOR, INICIA CON HIPOTENCION A PESAR DE MANEJO CON VASOPRESOR, SE OBSERVA POR MONITOR BRADICARDIA EXTREMA, DE HASTA 29LPM SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, DURANTE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS, SIN LOGRAR RETORNO A LA CIRULACIÓN ESPONTANEA POR LO QUE SE DECLARA FALLECIDO A LAS 16 HORAS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS.

1.ACIDOSIS METABOLICO REFERACTARIO.....1 HORA
2.- SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR.....7 DÍAS
3.- NEUMONIA ATIPICA.....10 DÍAS
4.- COVID-19 SOSPECHOSO.....10 DÍAS.

GRUPO TORRE MÉDICA
04 AGO 2020
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA ASEGURADORAS

DR. RAMIRO JOSE NUCAMENDI GAONA
CP 6467926

info@grupotm.com.mx
grupotm.com.mx

Jose Maria Iglesias 21 Colonia Tabacalera CDMX, 06030
52(55) 10848800 / 10848888

49

OPERADORA DE HOSPITALES GTM,S.A.P.I. de C.V.

JOSE MARIA IGLESIAS No. 21 Col. TABACALERA CP 06030 CUAUHTEMOC,

NOTA DE EGRESO

Expediente	261137	Nombre	JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	Sexo MASCULINO	Edad 25 AÑO(S)
Cuenta	372948	Tipo - Convenio	HC CONVENIO - ASEGURADORA	Fecha de nacimiento	31/may/1995
Cuarto	HCHE214	Empresa	HC - TRAUMA M - AUTOS - QUALITAS	Número de control	
Área	HC HOSPITALIZACION 2DO P			Fecha de ingreso	11/jul/2020 19:20
Diagnóstico	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA				
Alergias	NINGUNA				

Fecha y hora del registro 22/jul/2020 19:38

ALERGIA(S) DEL PACIENTE

NINGUNA

Médico tratante	LEMUS MARTINEZ ANDRES	
Fecha de la nota	22/jul/2020 19:38	
Fecha de egreso	22/jul/2020	Días de internamiento 11
Motivo de egreso	DEFUNCION	
Especialidad troncal	URGENCIAS	
Tipo de tratamiento	MEDICO	

MOTIVO DE ADMISIÓN

FRACTURA DE TIBIA Y PERONE

DIAGNÓSTICO(S) PRINCIPAL(ES)

ACIDOSIS

Diagnóstico CIE-10 E872 ACIDOSIS

Observaciones ACIDOSOS METABOLICA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDARIO(S)

CHOQUE, NO ESPECIFICADO

Diagnóstico CIE-10 R579 CHOQUE, NO ESPECIFICADO

Observaciones CHOQUE SEPTICO

COVID-19 SOSPECHOSO

Diagnóstico CIE-10 U072 COVID-19 SOSPECHOSO

NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA

Diagnóstico CIE-10 J189 NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA

Observaciones NEUMONIA ATIPICA.

CIRUGÍA REALIZADA PRINCIPAL

OSTEOTOMIA DE TIBIA /TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL

NOTA DE GRAVEDAD

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD EL CUAL CURSA SU DÍA NUMERO 14 DE ESTANCIA EN LA UNIDAD Y 10 DÍAS ESTANCIA EN EL ÁREA DE TERAPIA RESPIRATORIA, EL CUAL INICIA SU PADECIMIENTO EL DÍA 08 DE JULIO AL SUFRIR ACCIDENTE AL DESPLAZARSE EN VEHÍCULO DE MOTOR TIPO MOTOCICLETA, SUFRIENDO IMPACTO LATERAL SUFRIENDO CONTUSIONES EN MÚLTIPLES PARTES DE SU ANATOMÍA AUXILIADO POR PERSONAL PREHOSPITALARIO LOS CUALES TRASLADAN A ESTA UNIDAD, A SU LLEGADA SE REALIZA ESTUDIOS DE IMAGEN CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX LA CUAL REPORTA TÓRAX ÓSEO MORFOLOGICAMENTE NORMAL., RADIOGRAFÍA DE TIBIA Y PERONÉ REPORTANDO FRACTURA DIAFISIARIA DESPLAZADA DE TIBIAL. FRACTURA MÚLTIPLE DESPLAZADA DE LA DIAFISIS PERONEA IZQUIERDA, SE VALORA POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA LOS CUALES PROGRAMAN PARA MANEJO QUIRURGICO, PASANDO A QUIROFANO EL DÍA 10 DE JULIO DONDE REALIZA REDUCCIÓN ABIERTA CON COLOCACIÓN DE PLACA EN TIBIA Y PERONE SIN COMPLICACIONES, EN SU HABITACIÓN INICIA CON DISMINUCIÓN DE SATURACIÓN POR LO QUE SE ADMINISTRA OXIGENO SUPLEMETARIO MEDIANTE CATÉTER NASAL A 5 LITROS REPORTANDO ADECUADA SATURACIÓN, EL DÍA SÁBADO 11 DE JULIO SE REPORTA POR PARTE DE ENFERMERÍA DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN HASTA 80% A PESAR DE APOYO DE OXIGENO POR CATÉTER NASAL POR LO QUE SE ACUDE A VALORACIÓN AL RETIRO DE OXIGENO SE DOCUMENTA SATURACION DE 60% ANTE LA SOSPECHA DE COMPLICACIÓN

OPERADORA DE HOSPITALES GTM,S.A.P.I. de C.V.

JOSE MARIA IGLESIAS No. 21 Col. TABACALERA CP 06030 CUAUHTEMOC,

NOTA DE EGRESO

Expediente	261137	Nombre	JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	Sexo MASCULINO	Edad 25 AÑO(S)
Cuenta	372948	Tipo - Convenio	HC CONVENIO - ASEGURADORA	Fecha de nacimiento	31/may/1995
Cuarto	HCHE214	Empresa	HC - TRAUMA M - AUTOS - QUALITAS	Número de control	
Área	HC HOSPITALIZACION 2DO P			Fecha de ingreso	11/jul/2020 19:20
Diagnóstico	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA				
Alergias	NINGUNA				

ASOCIADA A LA FRACTURA SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE TÓRAX SIMPLE Y CONTRASTADA SIN EMBARGO AL NO CUMPLIAR AYUNO SE REALIZA TOMOGRAFÍA SIMPLE LA CUAL REPORTA ÁREAS DE CONSOLIDACIÓN E HIPOVENTILACIÓN EN PARÉNQUIMA PULMONAR DE ETIOLOGÍA A DETERMINAR, DATOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR, ADENOPATÍAS MEDIASTINALES DE ASPECTO INFLAMATORIO, DERRAME PLEURAL BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO, SE PASA AL AREA DE TERAPIA RESPIRATORIA INICIANDO MANEJO CON MASCARILLA RESERVORIO A 15 LITROS CON LO QUE SE LOGRA SATURACIONES DE HASTA 94%, SE REALIZA NUEVA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX COMPARATIVA EL DIA 11 DE JULIO REPORTANDO ESTUDIO DE TÓRAX CLASIFICACIÓN CO-RADS CO-RADS 4: PROBABLE COVID-19 (ANOMALÍAS SOSPECHOSAS PARA COVID-19), NO SE DESCARTA OTRO AGREGADO. PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD TOTAL DE LA TC 20 (PUNTAJE MÁXIMO 25). EL DÍA 13 DE JULIO SE REPORTA DIMERO D DE 6.8 NO COMPATIBLE CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR, DURANTE SU ESTANCIA CONTINUA CON REQUERIMIENTOS ALTOS DE OXIGENO SIENDO NECESARIO LA UTILIZACIÓN DE PUNTAS DE ALTO FLUJO PERMANECIENDO HASTA EL DÍA DE HOY A 70 LITROS Y FIO2 AL 100%, SE INFORMA A FAMILIARES EL INCREMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENO Y EL ALTO RIESGO DE REQUERIR MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA, SE INFORMO EN MÚLTIPLES OCACIONES LA NECESIDAD DE MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SIN EMBARGO PACIENTE NO ACEPTO, SE REALIZA EL DÍA 16 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE CONTROL REPORTANDO CAMPOS PULMONARES VELADOS, POR ZONAS DE COSNOLIDACION QUE CONFLUYEN ENTRE SI COMPLATIBLES CON NEUMONIA MULTIFOCAL, SE CONTINUA MANEJO PARA NEUMONI AVIRAL Y BACTERINA CON ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, AGREGNADO ANTIFUNGICO EL DÍA 18 DE JULIO Y REALIZANDO NUEVA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX LA CUAL SE REPORTA PARÉNQUIMA PULMONAR MUESTRA MÚLTIPLES OPACIDADES DE FORMA IRREGULAR DISTRIBUIDAS EN AMBOS PULMONES SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS RESPECTO A ESTUDIO PREVIO DEL DÍA 16 DE JULIO, EL DIA DE AYER 21 DE JULIO SE REPORTA DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN DE HASTA 70% SE INFORMA A PACIENTE LA NECESIDAD DE MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AÉREA SIN EMBARGO PACIENTE NO ACEPTA, EL DÍA DE HOY SE RECIBE PACIENTE CON SATURACION DEL 65% SIN REPORTNDER AL MANEJO CON PUNTAS DE ALTO FLUJO POR LO QUE SE INFORMA NUEVAMENTE A FAMILIARES(ESPOSA) LA CUAL REFIERE QUE SI ES NECESARIO SE INTUBE POR LO QUE A LAS 17 HORAS SE PROCEDE A REALIZAR MANEJO AVANZADO DE LA VÍA AEREA CON UNA SATURACIÓN PREVIA DE 50%, LOGRANDO INTUNACIÓN AL SEGUNDO INTENTO CON TUBO OROTRAQUEAL DEL 8 FR, SIN EMBARGO PERSISTE CON DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN SE LOGRA RECUPERACION PARCIAL DE LA SATURACIÓN HASTA 75% CON PARAMETROS ALTOS DEL VENTILADOR, INICIA CON HIPOTENCION A PESAR DE MANEJO CON VASOPRESOR, SE OBSERVA POR MONITOR BRADICARDIA EXTREMA, DE HASTA 29LPM SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, DURANTE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS, SIN LOGRAR RETORNO A LA CIRULACIÓN ESPONTANEA POR LO QUE SE DECLARA FALLECIDO A LAS 16 HORAS CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS.

1.ACIDOSIS METABOLICO REFERACTARIO.....1 HORA
2.- SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR.....7 DÍAS
3.- NEUMONIA ATIPICA.....10 DÍAS
4.- COVID-19 SOSPECHOSO.....10 DÍAS.

DR. RAMIRO JOSE NUCAMENDI GAONA
CP 6467926

DEFUNCIÓN SI

DIAGNÓSTICO(S) DE DEFUNCIÓN

ACIDOSIS
- Diagnóstico CIE-10 E872 ACIDOSIS
- Observaciones ACIDOSOS METABOLICA REFRACTARIA

CHOQUE, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
- Diagnóstico CIE-10 R57 CHOQUE, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
- Observaciones CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR

COVID-19 SOSPECHOSO
- Diagnóstico CIE-10 U072 COVID-19 SOSPECHOSO

NEUMONÍA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
- Diagnóstico CIE-10 J12 NEUMONÍA VIRAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
- Observaciones NEUMONIA ATIPICA

OPERADORA DE HOSPITALES GTM,S.A.P.I. de C.V.

JOSE MARIA IGLESIAS No. 21 Col. TABACALERA CP 06030 CUAUHTEMOC,

NOTA DE EGRESO

Expediente	261137	Nombre	JUAREZ SANCHEZ JOAB OTONIEL	Sexo MASCULINO	Edad 25 AÑO(S)
Cuenta	372948	Tipo - Convenio	HC CONVENIO - ASEGURADORA	Fecha de nacimiento	31/may/1995
Cuarto	HCHE214	Empresa	HC - TRAUMA M - AUTOS - QUALITAS	Número de control	
Área	HC HOSPITALIZACION 2DO P			Fecha de ingreso	11/jul/2020 19:20
Diagnóstico	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA				
Alergias	NINGUNA				

NECROPSIA HOSPITALARIA NO

Ramiro José Nuramal

LEMUS MARTINEZ ANDRES
Cédula(s) 9931203
Médico tratante

.. EXTERNO
MEDICINA INTERNA
Persona elaboró