



AVISO DE ACCIDENTE

Programa Seguro Contra Accidentes Personales de Escolares "Va Segur@"

FOLIO: _____

Fecha: / /	Hospital/Clínica:
Hora de Ingreso:	Hora de Egreso:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA:

Nombre:			
Sexo: M() H ()	Edad:	Alumnado()	Grado: Persona trabajadora ()
De acuerdo a su cultura, ¿se considera indígena? (Si) (Si en Parte) (No) (No Sabe)	¿Habla Lengua Indígena? (Si) (No)	¿Qué Lengua indígena habla?	
CURP:			
Nombre y firma de la persona responsable de la persona accidentada (solo en caso de menor de edad):			
Domicilio de la persona accidentada Calle y número:		Alcaldía:	C.P.
Colonia:	Teléfono:	Teléfono Celular:	
Correo electrónico:			

II. DATOS DE LA ESCUELA

Nombre de la Escuela:			
Domicilio:		Colonia:	
Alcaldía:	C.P.	Teléfono:	CCT
Nombre del personal directivo que autoriza:		Sello de la Escuela:	
Puesto:			
Firma:			

III. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Lugar, fecha, hora del accidente:
Causa del accidente:

IV. VALORACIÓN DE TRIAGE (exclusivo para personal médico)

<input type="checkbox"/> verde	Hora de evaluación: Escala puntaje: Tipo:	T/A	TEMP	F/C	F/R	SAT02	PESO	TALLA
<input type="checkbox"/> amarillo								
<input type="checkbox"/> rojo								

V. INFORME MÉDICO

Antecedentes médicos de la persona beneficiaria; alergias, enfermedades y tratamiento actual:
Descripción de las lesiones y tratamiento:

VI. DATOS DEL PERSONAL MÉDICO (A)

Nombre:	Teléfono:
Cédula Profesional:	Firma del Personal Médico:
Correo electrónico	

EL PROGRAMA SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES "VA SEGUR@" ES GRATUITO. CUALQUIER COBRO O ACLARACIÓN FAVOR DE REPORTARLO AL NÚMERO 5511021730 EXT. 4122, 4032, 4027, 4116 Y/O 4048 DE LUNES A JUEVES DE 9 A 18:00 HRS., Y VIERNES DE 9:00 A 15:00 HRS.

** ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACION TIENE 72 HRS., DE VIGENCIA Y ES VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA LA UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA**



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

**BIENESTAR
EDUCATIVO**

VASEGUR@


Seguros Azteca

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTE

Seguros Azteca, S.A. de C.V., con domicilio convencional para oír y recibir notificaciones en Insurgentes Sur 3579, Colonia Villa Olímpica, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14020, Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales serán utilizados a efecto de dar contestación a comunicaciones generadas por esta vía y proveerle los productos o prestarle los servicios solicitados. Usted puede conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web www.segurosazteca.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

El contenido de este e-mail y cualquier archivo que se adjunte al mismo es propiedad de la institución y podría contener información privada, confidencial y/o privilegiada para uso exclusivo del Destinatario. Si Usted ha recibido esta comunicación por error, no está autorizado para copiar, retransmitir, utilizar, o divulgar este mensaje ni los archivos adjuntos. En este caso por favor notifique inmediatamente al remitente por este mismo conducto.

Firma de madre, padre o persona familiar autorizada

(En caso de que la persona beneficiaria sea mayor de edad, esta podrá firmar este Aviso)



ENCUESTA DE SERVICIO

1. **¿Fue canalizad@ a una unidad médica cercana a su domicilio o plantel educativo?**
 - Sí
 - No

2. **¿Cuánto tiempo espero para ser atendid@?**
 - Menos de 15 minutos
 - 15-30 minutos
 - 31-60 minutos
 - Más de 60 minutos

3. **¿Cómo evalúa la atención médica recibida?**
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala

4. **¿El médico resolvió todas sus dudas durante la consulta?**
 - Sí
 - No

5. **¿La unidad médica le proporcionó los medicamentos que el médico prescribió?**
 - Sí
 - No
 - Parcialmente

6. **¿Fue fácil para acceder al servicio (recibir consulta con especialista, agendar cita de seguimiento, pedir información, etc.)?**
 - Fácil
 - Regular
 - Difícil
 - Muy difícil

7. **¿Cómo calificarías la atención del personal de la unidad médica (administrativo, enfermería, vigilancia, limpieza)?**
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala

8. **¿Recomendarías esta unidad médica a otras personas beneficiarias?**
 - Sí
 - No

9. **Comentarios adicionales**

Por favor, comparte cualquier sugerencia o comentario que nos ayude a mejorar nuestro servicio:

Nombre de la Unidad Médica: _____

Nombre de la persona beneficiaria: _____

Nombre de la persona tutora: _____

Teléfono de contacto: _____ Celular: _____ Correo: _____

Firma de la persona tutora

Fecha: _____