



**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](http://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: \_\_\_\_\_