



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN



FONDO	Medica Siga	CÓDIGO	MS	
SECCIÓN	Gabinete Radiológico	CÓDIGO	GR	
SERIE	Especialidad en Ortopedia y traumatología	CÓDIGO	EOT	
NOMBRE DEL EXPEDIENTE	Constancia para el seguro			
CÓDIGO	MS/GR/EOT-1			
APERTURA	18/01/2006	CIERRE	23/01/2016	
	X			
PÚBLICA	RESERVADA	CONFIDENCIAL		
FECHA DE CLASIFICACIÓN	ACUERDOS DE CLASIFICACIÓN	ACUERDO DE DESCLASIFICACIÓN		
Ley General de Archivos y Lineamientos para la conservación y restauración de archivos				
A.T.		A.C.	X	A.H.
ADMINISTRATIVO	X	JURIDICO/LEGAL		CONTABLE
EVIDENCIAL		TESTIMONIAL		INFORMATIVO
PAPEL	X	ELECTRÓNICO		DISQUETE
CD ROM		VÍDEO		ENGARGOLADO
FOTOGRAFÍA		PLANOS		OTRO
NÚMERO DE FOJAS		4	NÚMERO DE LEGAJOS	N/A
Constancia de que los pacientes se les atendió correctamente				

ENLACE DEL ARCHIVO DE TRAMITE

COORDINADOR DE ARCHIVO



Medica Siqa, S.A. DE C.V.
GABINETE Radiológico
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, COLUMNA Y REHABILITACIÓN

SAN LUIS POTOSI, S. L. P., A 23 DE ENERO DEL 2016

AIG MEXICO, SEGUROS INTERAMERICANA, S.A.

PRESENTE

POR ESTE CONDUCTO DOY CONSTANCIA QUE YO JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ CON IDENTIFICACION OFICIAL DEL INE NO. 1247078103590, FUI BIEN ATENDIDO DE TODAS MIS LESIONES, DEBIDO AL ACCIDENTE SUFRIDO EL 18 DE ENERO DEL 2016 Y QUE HE LOGRADO MAXIMA MEJORIA POR PARTE DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA GENERAL Y OTORRINOLARINGOLOGIA DANDO POR TERMINADO MI SERVICIO MEDICO CON USTEDES.

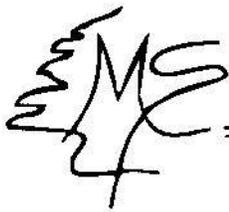
POR LO ANTERIOR DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL A LA COMPAÑIA ASEGURADORA Y A SUS MEDICOS QUE ME ATENDIERON.

ATENTAMENTE

P. A. HEJMANO
LIC. JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ
SINIESTRO: 1114668
POLIZA:

Ubaldo Perez Pedro N...

DR. JUAN MANUEL LOPEZ LOPEZ
CIRUGIA GENERAL.
CEDULA PROFESIONAL: 4293277



Medica Siqa, S.A. DE C.V.
GABINETE Radiológico
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, COLUMNA Y REHABILITACIÓN

SAN LUIS POTOSI, S. L. P., A 23 DE ENERO DEL 2016

AIG MEXICO, SEGUROS INTERAMERICANA, S.A.

PRESENTE

POR ESTE CONDUCTO DOY CONSTANCIA QUE YO JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ CON IDENTIFICACION OFICIAL DEL INE NO. 1247078103590, FUI BIEN ATENDIDO DE TODAS MIS LESIONES, DEBIDO AL ACCIDENTE SUFRIDO EL 18 DE ENERO DEL 2016 Y QUE HE LOGRADO MAXIMA MEJORIA POR PARTE DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA GENERAL Y OTORRINOLARINGOLOGIA DANDO POR TERMINADO MI SERVICIO MEDICO CON USTEDES.

POR LO ANTERIOR DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL A LA COMPAÑIA ASEGURADORA Y A SUS MEDICOS QUE ME ATENDIERON.

ATENTAMENTE

Josue Alejandro Ubaldo Perez
LIC. JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ
SINIESTRO: 1114668
POLIZA:

Ubaldo Perez Pedro Nae

DR. JUAN MANUEL LOPEZ LOPEZ
CIRUGIA GENERAL.
CEDULA PROFESIONAL: 4293277



Reporte de atención de Lesiones por Accidentes Automóviles

Datos generales

Asegurado

Tercero

No. de folio

Asegurado	JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ	Póliza - Inciso	126PAP7593
Ajustado	JULIO DIAZ DE LEON M.	No. Siniestros	1114668
Clinica	MEDICA SIGA S. DE ONATE #210		

Datos del lesionado

Nombre del Paciente: JOSUE ALEJANDRO UBALDO P. Sexo: M F Edad: 42

Domicilio: CERRADA DE LA HUANANDA 215 Teléfono:

Datos del accidente

Fecha del Accidente: 18.01.16 Hora: Lugar: SAN JUS P

Lesiones aparentes: GOLPE EN ROSTRO (NARIZ) Y DOLOR PECHO

Observaciones:

Queda entendido y convenido que si por cualquier causa no estuviera vigente el contrato de seguro que debiera amparar este riesgo, AIG SEGUROS MEXICO, S.A. DE C.V. no adquirirá ninguna responsabilidad por la presente orden y la responsabilidad de las lesiones y gastos causados es exclusivamente de la persona que se ostenta con el asegurado, quien se obliga a responder legalmente de los mismos.

Lugar y fecha de expedición: SAN JUS PATOSI 18.01.16

<p>Nombre y Firma: <i>[Firma]</i></p> <p>Ajustador: JULIO DIAZ DE LEON</p>	<p>Nombre y Firma: <i>[Firma]</i></p> <p>Asegurado: JOSUE ALEJANDRO UBALDO PEREZ</p>	<p>Nombre y Firma: _____</p> <p>Interesado: _____</p>
--	--	---



FECHA DE REGISTRO: 18 / 01 / 2016
DD / MM / AAAA

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE Josue Alejandro Obaldo Pérez
 FECHA DE NACIMIENTO 16-03-75 SEXO M TELEFONO 44 42 23 16 89
 DOMICILIO De la Hacienda # 255 COLONIA San Jose
 ESCOLARIDAD Licenciatura ESTADO CIVIL _____
 OCUPACION _____ ENVIADO POR _____

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

F11411

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

TABAQUISMO
 ¿Cuántos cigarrillos diarios? 0
 ALCOHOLISMO
 ¿Cuántas copas diarias? 0
 EJERCICIO
 De qué tipo? Comunal
 ALERGIAS
 A qué? Nada

Diabetes
 ¿Desde cuándo? NO Tratamiento _____
 Hipertensión
 ¿Desde cuándo? NO Tratamiento _____
 Cirugías previas
 ¿Cuándo y cuáles? Ninguna
 Otras enfermedades: Nada

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

¿Padece alguna enfermedad?
 Abuelos ¿Cuál? _____
 Padre ¿Cuál? _____
 Madre ¿Cuál? _____
 Otros _____

Número de Nacimientos _____
 Número de Embarazos _____
 Número de Abortos _____
 Fecha de última regla: _____
 Anticoncepción Método: _____
 Otros: _____

Problemas o molestias de anteriores al accidente:

Ojos ¿Cuáles? _____
 Oídos ¿Cuáles? _____
 Nariz ¿Cuáles? _____
 Garganta ¿Cuáles? _____
 Piel ¿Cuáles? _____
 Corazón ¿Cuáles? _____
 Pulmones ¿Cuáles? _____
 Estómago ¿Cuáles? _____
 Vías Urinarias ¿Cuáles? _____
 Cerebro ¿Cuáles? _____
 Otros _____

FIRMA