

Lo que debes saber para llenar tu Pase Médico

Documento obligatorio para reportar cualquier accidente



Datos clave que no pueden faltar:

		FECHA DE SINIESTRO <table border="1"> <tr> <td>20</td> <td>08</td> <td>2025</td> </tr> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> </table>		20	08	2025	DD	MM	AA	PASE MÉDICO VIGENCIA DE 3 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN QUÁLITAS SALUD, S.A. de C.V. José Ma. Castorena No.426 Col. San José de los Cedros, Cuajimalpa 05200, México. Tel. 800 772 5831	
20	08	2025									
DD	MM	AA									
No. REPORTE En caso de contar con uno previo		No. SINIESTRO En caso de contar con atención previa		No. PÓLIZA Viene en la carátula de la póliza							
No. CERTIFICADO Viene en la carátula de la póliza		NOMBRE DEL CONTRATANTE Es la persona moral o empresa que contrata la póliza									
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO AFECTADO Nombre de la persona que sufrió el accidente				IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO INE: Mayores de edad o tutores OTROS: Cartilla, CURP, acta de nacimiento o pasaporte							
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR (SI EL AFECTADO ES MENOR DE EDAD) En caso de menores de edad tiene que colocar el nombre del responsable de llevarlo a su atención											
NOMBRE COMPLETO				FIRMA							
LUGAR DE EMISIÓN DEL PASE MÉDICO (marca con una "X" el lugar de emisión) ESCUELA OFICINA OTROS				POBLACIÓN Y ESTADO DONDE SE EMITE PASE MÉDICO							
CAUSA DE LA LESIÓN ¿Dónde pasó?, ¿A qué hora fue?, ¿Qué le pasó?, si iba en traslado ¿A dónde iba y la ubicación? mecanismo del accidente (¿cómo fue?) Por ejemplo: Estando en la escuela en la hora de recreo, resbaló en el piso que estaba mojado, y cayó sobre su brazo derecho causando dolor inmediato.											
LESIONES APARENTES Siguiendo el ejemplo anterior: Se encuentra dolor, inflamación y coloración diferente en el brazo sin poder movilizar.				E-MAIL Del responsable							
SEÑALA CON UNA "X" EL LUGAR DE REFERENCIA HOSPITAL CLÍNICA AMBULATORIA CONSULTORIO				NOMBRE DE CLÍNICA AMBULATORIA U HOSPITAL Lugar a donde se refiere al asegurado por cercanía o por así convenir al contratante y asegurado							
DOMICILIO DEL HOSPITAL O CONSULTORIO Este dato se encuentra en la página pública				TELÉFONO: Este dato se encuentra en la página pública							
Quálitas Salud, S.A. de C.V. con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, tratará sus Datos Personales de acuerdo a las siguientes finalidades: la evaluación de su solicitud de seguro, emisión del contrato de seguro, el trámite a las reclamaciones de siniestros, administración, así como los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones que deriven de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la normatividad aplicable, se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad Integral en www.qualitassalud.com.mx Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Quálitas Salud, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.											
FECHA DE ELABORACIÓN DE PASE: <table border="1"> <tr> <td>22</td> <td>08</td> <td>2025</td> </tr> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> </table>				22	08	2025	DD	MM	AA	Nombre y firma del contratante	
22	08	2025									
DD	MM	AA									
CARGO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA Puesto o cargo del contratante				NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA							



EL PASE MÉDICO DEBE LLENARSE CON UNA SOLA TINTA Y LETRA LEGIBLE,
sin tachaduras ni enmendaduras, y tiene una vigencia de 3 días a partir de su emisión.

Aa

Contacto Quálitas Salud



800 772 5831 OPCIÓN 2, 2.