

Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico <input type="checkbox"/> Reembolso						
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	Nombre del paciente Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Fecha de nacimiento (dd / mm / aaaa) Genero Edad No. de Póliza Causa de atención <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente						
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Antecedentes personales patológicos</td> <td style="width: 50%;">Antecedentes personales no patológicos</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes gineco-obstétricos</td> <td>Antecedentes perinatales (si es necesario)</td> </tr> </table> <p>Padecimiento actual De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)</p>			Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos	Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos						
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)						
	Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de diagnóstico (dd / mm / aaaa)				
	<p>Tipo de padecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?</p> <p>Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)</p>						

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	Tratamiento CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
	Complicaciones	Descripción de complicaciones	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información adicional			

DATOS DEL HOSPITAL	Nombre del hospital		Ciudad	Estado
	Tipo de estancia			Fecha de ingreso (dd / mm / aaaa)
	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria	

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación	
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto	
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico*	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación	
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación	
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto	

[+] Si cuenta con él.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Datos Personales:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante