

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)
	Género	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
	¿Cuenta con la vacuna contra COVID-19?	Nombre de la vacuna:		No. de dosis aplicadas: Fecha de última dosis: (dd/mm/aaaa)
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme al Plan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
	Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)
	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)
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de diagnóstico (dd / mm / aaaa)

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

Gastos Médicos

FONESA FORMAS PARA NEGOCIOS S.A. DE C.V. TEL.: 53-92-09-22 00000-000

HISTORIA CLÍNICA (Continuación)

Tipo de padecimiento				
<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?		
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)				
Tratamiento Código CPT. 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

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			

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes,
Línea GNP al 55 5227-9000 o visite gnp.com.mx**

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
Médico se ajusta al Tabulador:					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

[+] Si cuenta con él.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este documento es verídica ya que 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 Y CONSENTIMIENTO
 Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

CONTRATANTE
(y de su Representante Legal si es menor de edad)

Nombre y Firma

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante