

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			Fecha de nacimiento
				(dd / mm / aaaa)
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	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
	Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	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)
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
				(dd / mm / aaaa)
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	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)			

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	Tratamiento		Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
	Código CPT. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	
	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.

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:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

En caso de requerir mayor información, contáctenos al **5227-9000** en la Ciudad de México, al **01 800 400 9000** lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx