

## Formato para cirugías de traumatología, ortopedia y neurocirugía

**Gastos Médicos** 

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

Este formato debe ser llenado y firmado por el **médico tratante**. 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**.

FICHA DE IDENTIF	FICACION ASEGURAD	O AFECTADO						
Número de Póliza	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)					
Fecha de nacimiento	Door dol Accourado	Estatura IMC						
	Peso del Asegurado	Listaturu IIIIO						
1 1								
PLAN TERAPÉUTI	CO A SEGUIP							
Indique el diagnóstico	definitivo:							
Cuálos fueron los cot	tudios por madia da las	augles correboré al diagnéstica 2 /	anovar octudios y recultados)					
Coudles luctori los est	¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)							
Técnica quirúrgica	detallada							
Explique en qué consist								
Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo a procedimiento programado								
Hempo esperado de n	ospitalización de acuer	do a procedimiento programado						
OOL IOITUD DE M	ATERIAL EQ. Q. DENTA							
	ATERIALES O RENTAS							
Indique el equipo, instru	ımental a utilizar y datos o	de los proveedores:						
Solicitud 1:								
	ión de materiales							
Junitidad Booonipo	ion do matorialos							
Nombro comercial del	provoodor	Ponyocontonto	moroial					
Nombre comercial del	proveedor	Representante cor	liercial					
Celular del proveedor	Correo ele	ctrónico del proveedor						
	· ·							



## Formato para cirugías de traumatología, ortopedia y neurocirugía

**Gastos Médicos** 

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

SOLICITUD DE MATERIALES Y/O RENTAS DE EQUIPO (CONTINUACIÓN)								
Solicitud 2: Cantidad Descripción de ma	teriales							
Nombre comercial del proveedor	•	Representante comercial						
Teléfono celular del proveedor Correo electrónico del		roveedor						
Solicitud 3:								
Cantidad Descripción de materiales								
Nombre comercial del proveedo		Representante comercial						
Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del pro	oveedor						
Solicitud 4:								
Cantidad Descripción de ma	eriales							
Nombre comercial del proveedo	•	Representante comercial						
Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del pro	oveedor						
Solicitud 5:								
Cantidad Descripción de materiales								
Nombre comercial del proveedor	•	Representante comercial						
Teléfono celular del proveedor Correo electrónico del pro		oveedor						
Solicitud 6:								
Cantidad Descripción de mat	eridies							
Nombre comercial del proveedor	•	Representante comercial						
Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del pro	oveedor						



## Formato para cirugías de traumatología, ortopedia y neurocirugía

**Gastos Médicos** 

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

DATOS DEL MÉDICO							
Médico tratante							
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		Especialidad			
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Celular	Correo electrónico				

## **Datos personales:**

Reconozco que se me informó que 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 gnp.com.mx o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional, así mismo, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles a los titulares sobre la entrega de sus datos personales, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado de los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad para su consulta.

Nombre y firma

del médico tratante

Nombre y firma del Asegurado afectado o representante legal (en caso de ser menor de edad)