

Formato para cirugías de Traumatología, Ortopedia y Neurocirugía

Datos del Asegurado		
Apellido paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s)
Peso del paciente:	Estatura:	IMC:

Plan terapéutico a seguir:	
Favor de indicar el Diagnóstico definitivo:	
Estudio que corrobore el diagnóstico	
Técnica quirúrgica detallada (favor de explicar en que consiste la cirugía planeada)	

Tiempo esperado de Hospitalización de acuerdo a procedimiento programado:

Llenar solicitud de materiales de Osteosíntesis y/o renta de equipo.

Solicitud de materiales de Osteosíntesis y/o rentas de equipo

Proveedor	Nombre comercial:	Representante comercial:
	Correo Electrónico:	
	Tel Cel:	
Proveedor	Nombre comercial:	Representante comercial:
	Correo Electrónico:	
	Tel Cel:	
Proveedor	Nombre comercial:	Representante comercial:
	Correo Electrónico:	
	Tel Cel:	

Llenar listado de materiales de Osteosíntesis y/o renta de equipo.

Listado de materiales

Cantidad	Descripción	Proveedor

Datos del Médico		
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Especialidad:	Cédula Profesional	No. de celular

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campesre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará los datos personales de sus clientes, para brindarle los servicios relacionados con su contrato; quienes pueden consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en www.gnp.com.mx o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional.

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 las finalidades contenidas y detalladas en el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página www.gnp.com.mx o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional; asimismo, 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