

**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.

<b>TRÁMITE</b>	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico <input type="checkbox"/> Reembolso
----------------	---

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	Nombre del paciente			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	No. de Póliza	Causa de atención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
	¿Cuenta con la vacuna contra COVID-19? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la vacuna:	No. de dosis aplicadas:	Fecha de última dosis: (dd/mm/aaaa)

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.

<b>HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)</b>	Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos	
	Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)	
	<b>Padecimiento actual</b> 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

<b>HISTORIA CLÍNICA (Continuación)</b>	<b>Tipo de padecimiento</b>		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
	<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Cuál?	
	Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			
	<b>Tratamiento</b>			Fecha de inicio
	Código CPT. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento		(dd / mm / aaaa)
<b>Complicaciones</b>		Descripción de complicaciones		
<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No				
Información adicional				

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

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante

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 <sup>†</sup>	
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.

<b>DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO</b>	<p>Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), 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 mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página <a href="http://gnp.com.mx">gnp.com.mx</a>. 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. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica.</p>
	<p><b>CONTRATANTE</b>          (y de su Representante Legal si es menor de edad)</p> <p>Nombre y Firma</p>

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](http://gnp.com.mx)