

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**.

TRÁMITE

Seleccione el trámite que el Asegurado solicita

Reembolso

Programación
de cirugía

Programación
de medicamentos

Programación
de servicios

Indemnización

Reporte
hospitalario

FICHA DE IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO

Número de Póliza

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre(s)

Sexo

Edad

Causa de atención

F

M

Accidente

Enfermedad

Embarazo

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

IMPORTANTE: Deberán ingresarse aunque **no** estén relacionados con el diagnóstico e incluir **fechas de inicio del diagnóstico y del tratamiento** (dd/mm/aa)

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes gineco-obstétricos (descripción anatómica)

Antecedentes perinatales

Padecimiento actual

De acuerdo a la historia clínica y evolución natural de la enfermedad, **indispensable la fecha de inicio**

Fecha de inicio

/ /

Diagnóstico(s) definitivo(s)

Fecha de diagnóstico

/ /

Tipo de padecimiento

Seleccione una opción

**¿Se ha relacionado
con algún otro
padecimiento?**

Especifique cuál padecimiento:
(Si no existe padecimiento,
indicar "ninguno")

Congénito

Adquirido

Agudo

Crónico

Sí

No

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)**Signos vitales y medidas antropométricas del paciente**

Pulso (x minuto)	Respiración (x minuto)	Temperatura (°C)	Presión arterial (mm Hg)	Peso (kg)	Altura (m)
------------------	------------------------	------------------	--------------------------	-----------	------------

Resultados de exploración física realizada el día del diagnóstico**Estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)**

(Indique los estudios y en caso de que no se llevaron a cabo, especificar que no se realizaron)

Complicaciones

Indique y describa si se presentaron complicaciones

Fecha de inicio

/ /

Sí	No
----	----

Tratamiento	Detallar los tratamientos, procedimientos y técnica quirúrgica especificando las fechas (dd/mm/aa) . En caso de medicamentos mencionar posología completa
--------------------	--

Fecha de inicio

/ /

En caso de intervención quirúrgica, ¿qué equipo específico se utilizará? Especificar las fechas (dd/mm/aa)

Ejemplo: equipo de laparoscopia, equipo de fluoroscopia, etc.

Información adicional**DATOS DE HOSPITAL O CLÍNICA DONDE SE TRATARÁ EL PACIENTE**

Nombre del hospital o clínica donde ingresará el paciente	Ciudad	Estado
---	--------	--------

Tipo de estancia	Fecha de ingreso
------------------	------------------

Urgencia	Hospitalaria	Corta estancia / ambulatoria	/	/
----------	--------------	------------------------------	---	---

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	¿Está en convenio con GNP?		Se ajusta al tabulador
		Sí	No	Si No
Ppto. de honorarios	Teléfono consultorio	Celular	Correo electrónico	
Tipo de participación		¿Hubo interconsulta?		
Tratante	Cirujano	Otra ¿Cuál?	Sí (capture los datos en la siguiente sección) No	

DATOS DE MÉDICOS INTERCONSULTANTES O PARTICIPANTES EN LA INTERVENCIÓN

Médico 1 Tipo de participación

Interconsultante	Cirujano	Anestesiólogo	Ayudantía	Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios		

Médico 2 Tipo de participación

Interconsultante	Cirujano	Anestesiólogo	Ayudantía	Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios		

Médico 3 Tipo de participación

Interconsultante	Cirujano	Anestesiólogo	Ayudantía	Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios		

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este documento es verídica ya que es proporcionada conforme a la evolución 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 la referencias del propio paciente o de sus familiares.

Datos Personales:

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.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante