

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 IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO**

Número de Póliza	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	Peso del Asegurado	Estatura	IMC
/ /			

**PLAN TERAPÉUTICO A SEGUIR**

Indique el diagnóstico definitivo:

¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)

**Técnica quirúrgica detallada**

Explique en qué consiste la cirugía planeada.

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo a procedimiento programado

**SOLICITUD DE MATERIALES O RENTAS DE EQUIPO**

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores:

**Solicitud 1:**

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial

Celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor

**SOLICITUD DE MATERIALES Y/O RENTAS DE EQUIPO (CONTINUACIÓN)**

**Solicitud 2:**

Cantidad	Descripción de materiales
----------	---------------------------

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial
--------------------------------	-------------------------

Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor
--------------------------------	----------------------------------

**Solicitud 3:**

Cantidad	Descripción de materiales
----------	---------------------------

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial
--------------------------------	-------------------------

Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor
--------------------------------	----------------------------------

**Solicitud 4:**

Cantidad	Descripción de materiales
----------	---------------------------

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial
--------------------------------	-------------------------

Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor
--------------------------------	----------------------------------

**Solicitud 5:**

Cantidad	Descripción de materiales
----------	---------------------------

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial
--------------------------------	-------------------------

Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor
--------------------------------	----------------------------------

**Solicitud 6:**

Cantidad	Descripción de materiales
----------	---------------------------

Nombre comercial del proveedor	Representante comercial
--------------------------------	-------------------------

Teléfono celular del proveedor	Correo electrónico del proveedor
--------------------------------	----------------------------------

**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](http://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)**