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

Gastos Médicos

FONESA FORMAS PARA NEGOCIOS S.A. DE C.V. TEL.: 55-50-09-52 00000-00

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.

TRÁMITE

Programación de cirugía | Programación de tratamiento médico | Reembolso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Género	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
M F			Embarazo Enfermedad Accidente

¿Cuenta con la vacuna contra COVID-19?	Nombre de la vacuna:	No. de dosis aplicadas:	Fecha de última dosis: (dd/mm/aaaa)
Sí No			

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.

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)

Padecimiento actual 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

4020087SCinfmed_0217 CG

INFORME MEDICO FRENTE 31-AGOSTO-16 SV
Pantone 1585 C Pantone 288 C Pantalla 60%, 8%
133 LPI

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

Gastos Médicos

HISTORIA CLÍNICA (Continuación)

Tipo de padecimiento

Congénito | Adquirido | Agudo | Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?

Sí | No | ¿Cuál?

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Tratamiento

Código CPT. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)

Complicaciones	Descripción de complicaciones
Sí	
No	

Información adicional

DATOS DEL HOSPITAL

Nombre del hospital	Ciudad	Estado

Tipo de estancia	Fecha de Ingreso (dd / mm / aaaa)
Urgencia Hospitalaria Corta estancia / ambulatoria	

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

INFORME MEDICO REVERSO 31-AGOSTO-16 SV
Pantone 1585 C Pantone 288 C Pantalla 60%, 8%
133 LPI

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[+]
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.

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO

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 **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. 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.

CONTRATANTE (y de su Representante Legal si es menor de edad)
Nombre y Firma

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

INFORME MEDICO REVERSO 31-AGOSTO-16 SV
Pantone 1585 C Pantone 288 C Pantalla 60%, 8%
133 LPI