

### 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			
<input type="checkbox"/> Programación de cirugía		<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	
		<input type="checkbox"/> Reembolso	
Ficha de identificación			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	día mes año
Género	Edad	Número de Póliza	Causa de atención
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
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
			día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
			día mes año
Tipo de padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

410000  
4020875Crimfmed10p-condic\_0717VD.indd

Tratamiento			
CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento		Fecha de inicio día    mes    año  
Complicaciones  <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones		
Información adicional			
Nombre del hospital		Ciudad	Estado
Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		Fecha de ingreso día    mes    año  	
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	Radiolocalizador
Correo electrónico (si cuenta con él)			
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
La información asentada en este documento 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.			
_____		_____	
Lugar y fecha		Nombre y firma del Médico tratante	
<b>Datos Personales:</b>			
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 en la sección Aviso de Privacidad.			