

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
Sexo	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<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)			

402087ok_0912VD.immd 40 20 87

Tratamiento		
CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio día mes año
Complicaciones	Descripción de complicaciones	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información adicional		

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	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

Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

I. Datos del Asegurado titular										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente o No. de certificado	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL		Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja				
¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Domicilio particular										
Calle						No. exterior		No. interior		
Colonia						C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada	Teléfono	
II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente o No. de certificado	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Ocupación		Parentesco con el titular	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)										
Calle						No. exterior		No. interior		
Colonia						C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada	Teléfono	
Lugar donde recibió la atención										
				Estado			Municipio o delegación			
III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Relación con el solicitante titular		
Contratante (en caso de existir como persona moral)										
Razón social						Código cliente (si cuenta con él)				
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)	
Nombre del representante legal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)				
Domicilio del contratante (persona física o moral)										
Calle						No. exterior		No. interior		
Colonia						C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada	Teléfono	

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?			Fecha del accidente o inicio del padecimiento día mes año
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM) Póliza No.
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.			
Hospital donde se internará		Datos de ingreso programado hora día mes año	
Nombre del médico		Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A través de qué medio le fue referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			
Cobertura de Enfermedades Catastróficas Nacional (CEC-Nacional) Para pólizas Premier 300			
En caso de tenerla contratada indique si desea programar la atención médica a través de esta cobertura: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
IMPORTANTE: Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional son: cáncer, enfermedades neurológicas y cerebro vasculares, enfermedades de las coronarias que requieren cirugía, trasplante de corazón, hígado, riñón, médula ósea y pulmón. En caso de que la cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • PROCEDA: GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrían ser distintos a los que usted indica en este formato. • NO PROCEDA: El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato. 			
Datos Personales y Consentimiento: Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior: <input type="checkbox"/> Sí Consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No Consiento dicho tratamiento En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.			
_____ Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante			

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado

Línea GNP	
5227 9000	Distrito Federal
01 800 400 9000	Interior de la República