

--	--	--	--	--	--	--	--

**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.

<b>TRÁMITE</b>	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico <input type="checkbox"/> Reembolso		
----------------	---	--	--

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	Nombre del paciente				
	Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd / mm / aaaa)
	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	No. de Póliza	Causa de atención	
				<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedad

<b>HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)</b>	Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
	Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	

<b>Padecimiento actual</b>		Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento		

Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico (dd / mm / aaaa)

<b>Tipo de padecimiento</b>				¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				¿Cuál?	

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

4020875Cinfinmed\_0217 CG

--	--	--	--	--	--

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	<b>Tratamiento</b>		Fecha de inicio
	CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	(dd / mm / aaaa)
<b>Complicaciones</b>		Descripción de complicaciones	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Información adicional</b>			

NOMBRE DEL HOSPITAL	Nombre del hospital		Ciudad	Estado
<b>Tipo de estancia</b>				Fecha de ingreso
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria				(dd / mm / aaaa)

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.**

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.

**Datos Personales:**

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 de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del afectado y/o asegurado titular

Nombre y firma del médico tratante