

**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			Fecha de nacimiento
				(dd / mm / aaaa)
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Genero	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	

<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
	De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			(dd / mm / aaaa)
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico	
			(dd / mm / aaaa)	
<b>Tipo de padecimiento</b>				
<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)				

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

<b>DATOS DEL HOSPITAL</b>	Nombre del hospital	Ciudad	Estado
	Tipo de estancia		
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria			

<b>Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)</b>			
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:**

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 [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx).

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante