

## 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)   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              | <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:30px; border:none;">día</td> <td style="width:30px; border:none;">mes</td> <td style="width:30px; border:none;">año</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> </tr> </table> |   | día | mes | año |  |  |  |
| 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   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   | <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:30px; border:none;">día</td> <td style="width:30px; border:none;">mes</td> <td style="width:30px; border:none;">año</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> </tr> </table> | día | mes | año |  |  |  |
| día   | mes                          | año   |   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   |   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   |   |     |     |     |  |  |  |
| Código ICD  | Diagnóstico(s) definitivo(s) |   | Fecha de diagnóstico  |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   | <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:30px; border:none;">día</td> <td style="width:30px; border:none;">mes</td> <td style="width:30px; border:none;">año</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> <td style="border:none;"> </td> </tr> </table> | día | mes | año |  |  |  |
| día   | mes                          | año   |   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   |   |     |     |     |  |  |  |
|   |                              |   |   |     |     |     |  |  |  |
| Tipo de padecimiento  |                              |   |   |     |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico |                              | <input type="checkbox"/> ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?<br><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.imnd 40 20 87

| Tratamiento  |                               |                                |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| CPT4. Sólo como referencia                                     | Descripción del tratamiento   | Fecha de inicio<br>día mes año |
|  |                               |                                |
| Complicaciones   | Descripción de complicaciones |                                |
| <input type="checkbox"/> Sí<br><br><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              |     |     |
|--------------------|--|--------------------|-----|-----|
| [Icono de mensaje] |  | día                | mes | año |
|                    |  | [Icono de mensaje] |     |     |

| 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   | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)   |
| <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:<br><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"/> S  | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> V                 | <input type="checkbox"/> UL |                                |   |  |  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M<br><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   | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)   |
| <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> V                 | <input type="checkbox"/> UL |                                |   |  |  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M   |
| 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:<br><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) |   |
| <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> V                 | <input type="checkbox"/> UL |                                |   |  |  |   |
| 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:<br><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<br>  |  |   |   |
| 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?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| ¿A través de qué medio le fue referido el médico?<br><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.   |  |   |   |
| <b>Cobertura de Enfermedades Catastróficas Nacional (CEC-Nacional) Para pólizas Premier 300</b>  |  |   |   |
| 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  |  |   |   |
| <b>IMPORTANTE:</b><br>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.<br>En caso de que la cobertura:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• PROCEDA: GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrían ser distintos a los que usted indica en este formato.</li> <li>• NO PROCEDA: El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato.</li> </ul> |  |   |   |
| <b>Datos Personales y Consentimiento:</b><br>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:<br><input type="checkbox"/> <b>Si Consiento dicho tratamiento</b>  <input type="checkbox"/> <b>No Consiento dicho tratamiento</b>  |  |   |   |
| 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.  |  |   |   |
|   |  |   |   |
| _____<br>Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante  |  |   |   |

| Nombre del agente | Clave | Teléfono | Estado |
|-------------------|-------|----------|--------|
|                   |       |          |        |

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| <b>Línea GNP</b>       |                                 |
| <b>5227 9000</b>       | <b>Distrito Federal</b>         |
| <b>01 800 400 9000</b> | <b>Interior de la República</b> |

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo desde el interior de la República o visite gnp.com.mx