

Informe médico

Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el médico tratante, con letra legible.

Datos del asegurado afectado			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Indicar antecedentes personales patológicos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual) Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas			
Indicar antecedentes patológicos traumáticos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual)			
<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Otros (especificar _____)	
<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Fracturas	Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas _____	
Padecimiento actual			
Fecha de inicio del padecimiento	día mes año	Fecha primera consulta	día mes año
		No. consultas subsecuentes	Fecha primeros estudios auxiliares
			día mes año
Describe el cuadro clínico		¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)	
Diagnóstico definitivo			
Tratamiento y/o intervención quirúrgica			
			Fecha de I.Q.
			día mes año
Diagnóstico postoperatorio			
En caso de pérdidas orgánicas especificar			
En caso de indemnización diaria, indique fecha de inicio y terminación de la incapacidad (día/mes/año)		Inicio:	Terminación:
			No. de días de incapacidad
¿Existe algún antecedente personal patológico relevante relacionado o que haya exacerbado el padecimiento actual?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe
¿Toma o tomó algún medicamento?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indícalo
¿Está actualmente bajo algún medicamento? Mencione medicamento y/o tratamiento llevado			
Plan de tratamiento			
Nombre y parentesco de la persona de quien obtuvo la información			

En caso de muerte														
Concepto	Especificación de la causa o enfermedad	Tiempo de duración												
Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte														
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte														
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad o causa principal														
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad o causa principal														
Hospital en que se atendió/hospitalizó		Nombre del médico												
Especialidad	Dirección													
Teléfono	<table border="1"> <tr> <td>R.F.C.</td> <td>letras</td> <td>año</td> <td>mes</td> <td>día</td> <td>homoclave (si cuenta con ella)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)							Firma
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)									

Como médico tratante autorizo a los hospitales y médicos que han tratado al paciente a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., todos los informes que se refieran a la salud y sus antecedentes médicos, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía.

Este documento no se acepta con tachaduras, enmendaduras; de lo ya declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores.

Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:

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 www.gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.