

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

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					
	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	<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		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)

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

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

4020875Cinfmed_0217 CG

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

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

NOMBRE DEL HOSPITAL	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				(dd / mm / aaaa)

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico*	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
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 en la sección Aviso de Privacidad.

Nombre y firma del afectado y/o asegurado titular

Nombre y firma del médico tratante