

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) | (dd / mm / aaaa) |
| | 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 |
| 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 | |
| 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) | |
| | | | | |
| Tipo de padecimiento | | | | |
| <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) | | | | |
| | | | | |

4020875Cinfmed_0217 CG

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

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

| 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 en la sección Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante