

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			
☐ Programación de cirugía ☐ Programación de tratamiento médico ☐ Reembolso			
Ficha de identificación			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)
			día mes año
Género	Edad	Número de Póliza	Causa de atención
☐ Masculino ☐ Femenino			☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ 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
			día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
			día mes año
Tipo de padecimiento			
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

Tratamiento									
CPT4. Sólo como referencia		Descripción del tratamiento					Fecha de inicio día mes año 		
Complicaciones ☐ Sí ☐ No		Descripción de complicaciones							
Información adicional									
Nombre del hospital						Ciudad		Estado	
Tipo de estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / ambulatoria							Fecha de ingreso 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				
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 gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.									