

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 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 (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)				

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

DATOS DEL HOSPITAL	Nombre del hospital		Ciudad	Estado
Tipo de estancia				Fecha de ingreso (dd / mm / aaaa)
<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)
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Tipo de participación
Teléfono		Celular	Fax	Presupuesto
			Correo electrónico*	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Tipo de participación
				Presupuesto
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Tipo de participación
				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