Grupo Nacional Provincial, S.A.
Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

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

Sexo	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
☐ M ☐ F			☐ 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)

402087v7An.p65-oct06

Tratamiento		
CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio día mes año

Complicaciones	Descripción de complicaciones
☐ Sí ☐ No	

Información adicional

Nombre del hospital	**Ciudad**	**Estado**

Tipo de estancia	Fecha de ingreso
☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / ambulatoria	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

Grupo Nacional Provincial, S.A.
Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha (día mes año)

I. Datos del Asegurado titular

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Código cliente o No. de certificado

R.F.C. letras año mes día homoclave (si cuenta con ella) | CURP (si cuenta con ella) | Sexo ☐ F ☐ M | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)

Estado civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ UL | Ocupación actual | Actividad o giro del negocio donde trabaja

¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? ☐ Sí ☐ No Definir cargo: | Correo electrónico (si cuenta con él)

Domicilio particular

Calle | No. exterior | No. interior

Colonia | C.P.

Municipio o delegación | Ciudad o población | Entidad federativa | País | clave lada | Teléfono

II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Código cliente o No. de certificado

R.F.C. letras año mes día homoclave (si cuenta con ella) | Ocupación | Parentesco con el titular | Sexo ☐ F ☐ M | Estado civil ☐ S ☐ C ☐ D

Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)

Calle | No. exterior | No. interior

Colonia | C.P.

Municipio o delegación | Ciudad o población | Entidad federativa | País | clave lada | Teléfono

Lugar donde recibió la atención

Estado | Municipio o delegación

III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Código cliente (si cuenta con él)

R.F.C. letras año mes día homoclave (si cuenta con ella) | CURP (si cuenta con ella) | Sexo ☐ F ☐ M | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)

Ocupación actual | Actividad o giro del negocio donde trabaja | Correo electrónico (si cuenta con él)

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? ☐ Sí ☐ No Definir cargo: | Relación con el solicitante titular

Contratante (en caso de existir como persona moral)

Razón social | Código cliente (si cuenta con él)

R.F.C. letras año mes día homoclave | Giro mercantil, actividad u objeto social | Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)

Nombre del representante legal

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Domicilio del contratante (persona física o moral)

Calle | No. exterior | No. interior

Colonia | C.P.

Municipio o delegación | Ciudad o población | Entidad federativa | País (si es distinto a México) | clave lada | Teléfono

402087v7An.p65-oct06

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía? Tipo de reclamación ☐ Inicial ☐ Complementaria	No. de reclamación
Se trata de: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo	Indique diagnóstico motivo de su reclamación

Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?	Fecha del accidente o inicio del padecimiento día mes año

En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM)	Póliza No.

Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.

Hospital donde se internará	Datos de ingreso programado hora día mes año

Nombre del médico	Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? ☐ Sí ☐ No

¿A través de qué medio le fue referido el médico?
☐ GNP Seguros ☐ Hospital ☐ Otro

Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.

Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado

Asistencia Línea Azul

Con gusto lo atenderemos los 365 días del año, las 24 hrs. del día, proporcionándole los siguientes beneficios:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

5227 3333 **Ciudad de México**
01 800 001 9200 **Sin costo Nacional**