**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia 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)

402087ok_0909VD.indd

## Tratamiento

| CPT4. Sólo como referencia | Descripción del tratamiento | Fecha de inicio (día mes año) |
|---|---|---|
| | | |

| Complicaciones | Descripción de complicaciones |
|---|---|
| ☐ Sí<br>☐ No | |

Información adicional

| Nombre del hospital | Ciudad | Estado |
|---|---|---|
| | | |

| Tipo de estancia | Fecha de ingreso (día mes año) |
|---|---|
| ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ 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 | 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