

INFORME MEDICO, PROGRAMACION DE CIRUGIAS Y/O TRATAMIENTO MEDICO Y REEMBOLSO

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía.

Este documento no se acepta con tachaduras y enmendaduras; de lo declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores.

(Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el médico tratante, con letra legible). Le suplicamos no dejar preguntas y/o espacios sin contestar.

Favor de leer y contestar correctamente marcando con una X dentro del paréntesis o círculo en caso de ser positivo.

Informe Médico

Nombre del paciente				Fecha			
Sexo	(M)	(F)	Edad	Interrogatorio	Directo <input type="radio"/>	Indirecto <input type="radio"/>	
					día	mes	año

Accidentes Personales No Patológicos

Tabaquismo () Alcoholismo () Toxicomanías ()

Frecuencia _____

Cantidad _____

Accidentes Personales No Patológicos (Aunque no tenga relación con el padecimiento actual)

1.- Endócrinos ()	Oncológicos ()	Psiquiátricos ()	Urológicos ()
Reumáticos ()	Gástricos ()	Hematológicos ()	Estéticos ()
Neurológicos ()	Cardiológicos ()	Ortopédicos ()	Hospitalizaciones por ()
Respiratorios ()	Traumáticos ()	otorrinolaringológicos ()	a) Cirugías ()
Inmunológicos ()	Otros ()	Ginecológicos ()	b) Tratamiento Médico ()

2.- Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas

3.- ¿Existe algún antecedente relevante relacionado o que haya exacerbado el padecimiento actual?

Si _____ No _____ Describa _____

Antecedentes Ginecológicos (Aplicable cuando el padecimiento actual sea Ginecológico u Obstétrico)

Menarca _____ FUM _____ Ritmo Reg. () Irregular ()

Embarazos _____ A _____ P _____ C _____ G _____

Dismenorrea () Leucorrea ()

Fecha del último Papanicolau _____ Resultado _____

¿Ha estado sometida a tratamiento para mejorar la fertilidad? Si _____ No _____ Cuál _____

Desde qué fecha _____ Con qué resultados _____

Alteraciones de glándulas mamarias: Si _____ No _____ Cuál _____

Anticonceptivos Si _____ No _____ Tipo _____ Desde cuándo lo(s) usa _____

Antecedentes Perinatales (Aplicable a menores de 16 años)

Embarazo No. _____ Peso al nacer _____ Parto () Cesárea () Complicaciones _____

Esquema de inmunizaciones Completo () Incompleto () Observaciones y Comentarios _____

Padecimiento Actual (En caso de ser por accidente especifique el mecanismo de lesión)

1.- ¿Cuándo vio Usted por primera vez a este paciente por este padecimiento? _____

2.- Cuándo iniciaron sus signos y síntomas? (fecha exacta) _____

Describa ampliamente el cuadro clínico _____

El padecimiento actual es:

Congénito Si _____ No _____ Adquirido _____ Si _____ No _____ ¿Como lo adquirió? _____

Congénito Si _____ No _____ Accidente _____ Si _____ No _____

Exploración Física

Describa datos positivos relacionados con el Padecimiento actual.

Diagnóstico

1.- Indique diagnóstico(s) presuncional(es):

1.- Indique diagnóstico(s) definitivo(s). Enumérelos en orden de aparición

3.- ¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)

Tratamiento

1.- ¿Toma o tomó algún medicamento? Si _____ No _____ Indicarlo _____

2.- ¿Está actualmente bajo algún tratamiento? Mencione medicamento y/o tratamiento llevado:

3.- Detállese número de sesiones _____ Dosis _____ Observaciones _____

4.- Plan de tratamiento _____

5.- Indique cirugía realizada o por realizar _____

6.- Indique los hallazgos de la cirugía realizada _____

7.- Rehabilitación SI () NO () Número de sesiones _____

Nombre y Parentesco de la persona de quien obtuvo la información _____

NOTA: Favor de anexar resultados e interpretación de estudios realizados y copia de la historia clínica elaborada para la persona afectada.

Datos del Médico

Nombre del Cirujano o Médico Tratante	Especialidad	Dirección		
Teléfono del Consultorio	Teléfono y Clave (Radio)	No. de celular	No. Cert. Acreditado por el Consejo	
E-mail	Lugar	Fecha		
		Día	Mes	Año
				Firma del médico tratante

En caso de cirugía es indispensable para el trámite de la reclamación anotar la siguiente información completa.

Cirujano	R.F.C.	Presupuesto	
Ayudantía 1º Nombre:	R.F.C.	Presupuesto	
Ayudantía 2º Nombre:	R.F.C.	Presupuesto	
Anestesiólogo Nombre:	R.F.C.	Presupuesto	
Médico Tratante (en caso de tratamiento y/o rehabilitación)	R.F.C.	Presupuesto	No. de sesiones

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a **Grupo Nacional Provincial S.A.**, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso releo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Programación de Cirugías y/o Tratamiento Médico Aviso de Accidente o Enfermedad

PARA EVITAR DEMORAS ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD, dar una información completa y detallada.

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 cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra legible.

DECLARACION DEL RECLAMANTE

Este formulario no es válido si presenta tachaduras, enmendaduras, ni se aceptarán cambios posteriores una vez entregado el mismo.

Para mayor información, favor de consultar el instructivo anexo a su póliza.

Contratante (Nombre o Razón Social a la que pertenece)	No. póliza
--	------------

Asegurado principal	No. certificado
---------------------	-----------------

Datos del Asegurado Afectado

Nombre asegurado afectado	Parentesco	Fecha de nacimiento		
---------------------------	------------	---------------------	--	--

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Domicilio	Teléfono	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo
-----------	----------	--------------	-----------	------	------

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento es esta u otra compañía? Si No

Tipo de reclamación: Inicial Complementaria No. Reclamación GMM:

Se trata de: Accidente Enfermedad Embarazo

Indique diagnóstico motivo de su reclamación:

Si es accidente déjalese ¿cómo y cuándo ocurrió?

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

En caso de accidente automovilístico existe seguro del (de los) automóviles: Si No

Nombre de la compañía	Cobertura	Suma asegurada	No. Póliza
-----------------------	-----------	----------------	------------

--	--	--	--

Anexar: Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la compañía, así como radiografías e interpretación radiológica en caso de padecimientos de nariz, mamario, fracturas, etc.

Hospital donde se internará	Fecha y hora de ingreso programada	Hora	Día	Mes	Año
-----------------------------	------------------------------------	------	-----	-----	-----

--	--	--	--	--	--

Nombre del médico	Especialidad	¿El médico está en convenio con esta compañía?
-------------------	--------------	--

Si <input type="radio"/>

No <input type="radio"/>

¿Por qué medio le fue recomendado el médico?

GNP Seguros

Hospital

Otro

Autorizo al hospital y al (los) doctor (es) que me atiende (n) a proporcionar a **Grupo Nacional Provincial, S.A.**, o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que presente en esta reclamación: Expediente clínico del hospital y médico, tratamientos, radiografías. Lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de esta reclamación. La copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como la original.

Nombre del agente

Firma del asegurado

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:

- 1.- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza
- 2.- Información sobre los médicos que forman parte de la Red Médica Línea Azul
- 3.- Información sobre honorarios médicos, preferenciales de la Red Médica Línea Azul.
- 4.- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- 5.- Información sobre hospitales en convenio.
- 6.- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.

5227 - 3333
Cd. de México

01 800 001 9200 (lada sin costo)
Interior de la República

