

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

día

mes

año

Sexo

(M) (F)

Edad

Interrogatorio

Directo ☐

Indirecto ☐

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 ()	otorrinológicos ()	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

Describe 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 relevo 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
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento es esta u otra compañía?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Tipo de reclamación:		Inicial <input type="radio"/> Complementaria <input type="radio"/>		No. Reclamación GMM:			
Se trata de:		Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/>		Indique diagnóstico motivo de su reclamación: _____			
Si es accidente detállese ¿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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
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
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?				<input type="radio"/> GNP Seguros <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Otro			
<p>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.</p>							
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> <p>Nombre del agente</p>				<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> <p>Firma del asegurado</p>			
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