

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 i	nédico	Reembolso	
Ficha de identifi	cación				
Nombre del paci					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 elímico /	especificar tiempo d	la avalueión)			
Antecedentes person		ie evolucion)	Antecedentes person	ales no patológicos	
7 titledederites person	laies patologicos		7 titteeederites person	unes no parologicos	
Antecedentes gineco	obstátricos		Antecedentes perina	talos (si os pososario)	
Antecedentes gineco	-obstetricos		Antecedentes penna	tales (si es necesano)	
Padecimiento ac					
De acuerdo a la histo	oria clínica y a la evolució	n natural de la enfermedad, favor de ir	dicar la fecha de inicio de	el padecimiento	Fecha de inicio
					día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) de	finitivo(s)			Fecha de diagnóstico
					día mes año
Tipo de padecim	niento				
☐ Congénito		Agudo L Crónico		ál?	
Resultado de explora	ción física y de los estudi	os realizados (anexar interpretaciones o	ue confirmen diagnóstico))	

02087v7Ap p65-15sep

				ejnsi	Nombre y firma del médico tra				
					בחלשו א וברווש				
					ьесhа				
								,	
eup sosibèm soibutse	to y los e	nəimizono	al paciente y conforme al co familiares.	obsbninds sus eb o e	na la evaluacióm mòiseuleva el e am Anaiseq oigong lab seicinere	nada confori	e documento es proporcion es mi resporcion es mi responsarion es mi responsarios.	rse ne sbetr ised obstizilo	nese nòisem1o†ni 6.1 os o obesilee1 el le
oţsəndr	Presu	uọ	isesifithes o bebileiseqse e	o slubė)	lsnoizeto	ord slubė			Especialidad
nòiseqisitreq əb	oqiT		re(s)	dmoM		onratem obi	ll∍qA		Apellido paterno
otsəndr	Presu	uọ	e especialidad o certificaci	o slubė)	lsnoizeìo	ord elubàD			Especialidad
de participación	odiT		re(s)	dmoN		onnetem obi	lləqA		Apellido paterno
(là noo strauo iz) ooi	electróni	·	ocalizador		Fax		Celular		ono ì èl <u>ə</u>
oţsəndr		uọ	e especialidad o certificaci			Cédula pr			Especialidad
de participación	oaiT			e)ətnatlu dmoM	vención o como intercons	rla interr onstemobi		osibèm (s	Ol) le el (lo Datos de el (lo Apellido paterno
oñs zem sib					sinoteludme \ sionetse estro)		einslatiqzoH 🗌		eiɔnəgıU 🗌
Fecha de ingreso									sionstse eb oqiT
	obata		bsbui					lstiqe	Nombre del ho
								lai	Información adicion
									oN 🗌
							səuoisesildmos əp uöi	Descripci	Complicaciones
									-
oioini əb sdəəq oñs səm sib						oti	Descripción del tratamier	eionerete	CPT4. Sólo como n
									Tratamiento



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

Este cuestionario deberá ser llenac Por el hecho de proporcionar e									
reclamación, ni a renunciar a los	derechos que se reser	va conforme	e a la póliza.	inen ia van	dez de id	Po	óliza No.		Fecha día mes año
Este documento no será válido co		nendaduras.							
I. Datos del Asegurado t Apellido paterno		do materno		Nombre	(c)			Código clic	ente o No. de certificado
Apellido paterrio	Apelli	uo materno		Nombre	(5)			Codigo cile	ente o No. de certificado
R.F.C.	mes día homoclav (si cuenta con e	ella)	cuenta con ella)				F N	1	idad (si es distinta a la mex
Estado civil S C D D	_ ' '	ación actual			Activ	vidad o giro de			
¿El Asegurado desempeña o ha del gobierno estatal o federal e	desempeñado cargo n los últimos cuatro a	alguno dent nõos?	ro	cargo:			Correo	electrónico	(si cuenta con él)
Domicilio particular							No. ext	erior	No. interior
							NO. EXI		No. Interior
Colonia								C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población		Entidad federativa		País			clave lada	Teléfono I
II. Datos del Asegurado a	⊥ afectado (en caso	de ser di	L stinto al Asegurado	o titular)					
Apellido paterno		do materno		Nombre				Código clie	ente o No. de certificado
R.F.C. letras año	mes día homocla (si cuenta con	ve Ocupaci	ón	Pare	entesco con	el titular	Sex		Estado civil
Domicilio (en caso de ser Calle	distinto al del Ase <u>c</u>	gurado titu	lar)				No. ext	erior	No. interior
Colonia								C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	ı	Entidad federativa		País			clave lada	Teléfono
Lugar donde recibió la a	tención								
			Estado			Mu	ınicipio o	delegación	
III. Datos del contratante	-		ser distinto al Ase						
Apellido paterno	Apelli	do materno		Nombre	(S)			Código clie	ente (si cuenta con él)
R.F.C. letras año	mes día homoclav (si cuenta con e	re CURP (si	cuenta con ella)	1 1 1	1 1 1	Sex		Nacional	idad (si es distinta a la mex
Ocupación actual		Actividad o	giro del negocio donde	trabaja		Correo e	electrónic	o (si cuenta	con él)
¿El contratante desempeña o ha del gobierno estatal o federal el	desempeñado cargo n los últimos cuatro añ	alguno denti ios?	ro Sí Definir o	cargo:				Relaci	ón con el solicitante titu
Contratante (en caso de	existir como pers	sona mora	nl)						
Razón social								Código clie	ente (si cuenta con él)
R.F.C. letras año	mes día homocla	ve Giro me	ercantil, actividad u obje	to social		Correo elec	ctrónico d	página de i	nternet (si cuenta con e
Nombre del representan	te legal								
Apellido paterno		Ар	ellido materno			Nom	bre(s)		
Domicilio del contratante	e (persona física o	o moral)							N
Calle							No. ext	erior	No. interior
Colonia							•	C.P.	•
Municipio o delegación	Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es o	distinto a Méx	ico)	clave lada	Teléfono

02087v7Ap p65-15sep

Tino do roclamación	decimiento en ésta i	•			
Tipo de reclamación 🔲 Inici	al	Complemen			
Se trata de:		Indique diagnó	stico motivo de su reclan	nación	
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro Sí No del (de los) automóvil(es)?	Nombre de la Com			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Fecha del accidente o inicio del padecimiento día mes año Póliza No.
Hospital donde se internará			Datos de	ingreso programado hora	día mes año
Nombre del médico		Especial	idad		ntra en convenio con esta Compañía?
¿A través de qué medio le fue referido el méd	ico?			Sí	No
GNP Seguros Ho		Otro			
sus consecuencias.					
Nombro dal agento	No		l Asegurado y/o Contra		Estado
Nombre del agente	No	mbre y firma de Clavo		tante Teléfono	Estado
		Clave	e ncia Línea Azul	Teléfono	
	atenderemos los 36	Clave Asister 5 días del año, la	e ncia Línea Azul ns 24 hrs. del día, propor		
	atenderemos los 36 • Orientación	Asister 5 días del año, la sobre el funciona	encia Línea Azul es 24 hrs. del día, propor emiento de su póliza.	Teléfono cionándole los siguientes bene	
	atenderemos los 36 • Orientación	Asister 5 días del año, la sobre el funciona	e ncia Línea Azul ns 24 hrs. del día, propor	Teléfono cionándole los siguientes bene	
	atenderemos los 36 Orientación Información	Asister 5 días del año, la sobre el funciona sobre los médico	encia Línea Azul es 24 hrs. del día, propor emiento de su póliza.	Teléfono cionándole los siguientes bener círculo Médico.	
	atenderemos los 36 Orientación Información Orientación	Asister 5 días del año, la sobre el funciona sobre los médico	encia Línea Azul s 24 hrs. del día, propor amiento de su póliza. os que forman parte del día	Teléfono cionándole los siguientes bener círculo Médico.	
	atenderemos los 36. Orientación Información Orientación Información	Asister 5 días del año, la sobre el funciona sobre los médico médica telefónica sobre hospitales	encia Línea Azul s 24 hrs. del día, propor amiento de su póliza. os que forman parte del día	Teléfono cionándole los siguientes bene Círculo Médico. la por Médica Móvil.	
	atenderemos los 36. Orientación Información Información Información	Asister 5 días del año, la sobre el funciona sobre los médica médica telefónica sobre hospitales	ncia Línea Azul as 24 hrs. del día, propor amiento de su póliza. os que forman parte del d a sin costo, proporcionad en convenio.	Teléfono cionándole los siguientes bene Círculo Médico. la por Médica Móvil.	