

Informe médico

Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el médico tratante, con letra legible

Datos del asegurado afectado				
Nombre del asegurado afectado			Sexo	Fecha de nacimiento día mes año
Indicar antecedentes personales patológicos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual) Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas				
Indicar antecedentes patológicos traumáticos (aunque no tenga relación con el padecimiento actual)				
<input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Fracturas _____				
Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas _____				
Padecimiento Actual				
Fecha de inicio del padecimiento día mes año	Fecha 1ª Consulta día mes año	No. de consultas subsecuentes	Fecha 1ros. estudios Auxiliares día mes año	¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)
Describa el cuadro clínico _____				
Diagnóstico definitivo				
Tratamiento y/o intervención quirúrgica				Fecha de I.Q.
				día mes año
Diagnóstico postoperatorio				
En caso de pérdidas orgánicas, especificar				Número de días de incapacidad
¿Existe algún antecedente personal patológico relevante relacionado o que haya exacerbado el padecimiento actual?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa _____				
¿Toma o tomó algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicarlo _____				
¿Está actualmente bajo algún tratamiento? Mencione medicamento y/o tratamiento llevado: _____				
Plan de tratamiento _____				
Nombre y parentesco de la persona de quien obtuvo la información _____				

4016369.p65

En caso de muerte		
Concepto	Especificación de la causa o enfermedad	Tiempo de duración
Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte		
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte		
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad o causa principal		
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad o causa principal		
Hospital en que se atendió / hospitalizó		Nombre del médico
Especialidad	Dirección	
Teléfono	R.F.C.	Firma
<p>Como médico tratante autorizo a los hospitales y/o médicos que han tratado al paciente a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., todos los informes que se refieren a la salud y sus antecedentes médicos, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.</p> <p>Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía.</p> <p>Este documento no se acepta con tachaduras, enmendaduras; de lo ya declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores.</p>		