

## 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			
<input type="checkbox"/> Programación de cirugía	<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

<b>Tratamiento</b>					
CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento				
<table border="1"> <tr> <td>Fecha de inicio</td> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table>		Fecha de inicio	dia	mes	año
Fecha de inicio	dia	mes	año		
Complicaciones	Descripción de complicaciones				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Información adicional				

<b>Nombre del hospital</b>				
Ciudad	Estado			
Tipo de estancia				
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria				
Fecha de ingreso	<table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> </table>	dia	mes	año
dia	mes	año		

<b>Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)</b>					
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	Tipo de participación	Presupuesto
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto	Tipo de participación	
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	Tipo de participación	
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto	Tipo de participación	
Teléfono	Celular	Fax	Radicalizador	Correo electrónico (si cuenta con el)	
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	Tipo de participación	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 \_\_\_\_\_

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

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

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 documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

I. Datos del Asegurado titular										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente o No. de certificado	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL			Ocupación actual			Actividad o giro del negocio donde trabaja				
¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Domicilio particular										
Calle							No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada	Teléfono	
II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente o No. de certificado	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Ocupación		Parentesco con el titular	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)										
Calle							No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada	Teléfono	
Lugar donde recibió la atención										
				Estado			Municipio o delegación			
III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Ocupación actual			Actividad o giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico (si cuenta con él)				
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Relación con el solicitante titular		
Contratante (en caso de existir como persona moral)										
Razón social								Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)		
Nombre del representante legal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)				
Domicilio del contratante (persona física o moral)										
Calle							No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada	Teléfono	

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?			Fecha del accidente o inicio del padecimiento  día    mes    año
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM)      Póliza No.
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.			
Hospital donde se internará		Datos de ingreso programado hora      día    mes    año	
Nombre del médico	Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿A través de qué medio le fue referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <b>Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante</b>			

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:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

**5227 3333**  
**01 800 001 9200**

**Ciudad de México**  
**Sin costo Nacional**