

Ampliación de Información Médica

Por favor, llene a mano, con letra de molde y tinta negra por el **Médico tratante**.

No omita ningún dato ni utilice abreviaturas.

Este Formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

DATOS DEL SOLICITANTE				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE (S)
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		FECHA DE DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE (S)
			CÉDULA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD
I. INFORMACION DE LA ENFERMEDAD				
1. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
<hr/> <hr/>				
2. RESULTADOS DE ESTUDIOS QUE SUSTENTEN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, ANEXANDO COPIAS.				
Estudio		Resultado		
<hr/> <hr/>		<hr/> <hr/>		
3. EN RELACIÓN A LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ES:				
Por su origen: <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido		Por su temporalidad: <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		Tiempo aproximado de evolución: <input type="checkbox"/> < de 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> > de 11 años
4. TRATAMIENTO(S) PRESCRITO(S) Y/O PROCEDIMIENTO(S) QUIRÚRGICO(S) REALIZADO(S)				
Medicamento(s)			Quirúrgico(s) (procedimientos)	
<hr/> <hr/>			<hr/> <hr/>	
4.1 TRATAMIENTO ACTUAL			4.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR REALIZAR	
Medicamento(s)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<hr/> <hr/>			En caso afirmativo, favor de señalar el (los) procedimiento(s) <hr/> <hr/>	
5. COMPLICACIONES O SECUELAS				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de ser afirmativo, favor de describirlas. <hr/> <hr/>				
6. ESTADO ACTUAL DE SALUD Y PRONÓSTICO Del diagnóstico definitivo Aspectos relevantes			Otras enfermedades	
<hr/> <hr/>			<hr/> <hr/>	
II. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y SIGNOS VITALES				
Presión arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Peso (kgr.)	Talla (cms.)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

CONSENTIMIENTO	Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles proporcionados en este cuestionario. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx . Por lo anterior:	
	Solicitante	
	<input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento	<input type="radio"/> No consiento dicho tratamiento

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial S.A.B se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en gnp.com.mx

Este cuestionario forma parte integrante de la Solicitud a la que se adiciona.

FIRMAS	Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de este cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado este formato de mi (nuestro) puño y letra.	
	Firma del Solicitante	Firma del Médico Tratante

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de octubre de 2018, con el número CGEN-S0043-0111-2018/CONDUSEF-G-01044-001.”