

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. INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD				
1. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				

2. RESULTADOS DE ESTUDIOS QUE SUSTENTEN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, ANEXANDO COPIAS.				
Estudio		Resultado		
_____		_____		
_____		_____		
3. EN RELACIÓN A LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ES:				
Por su origen:		Por su temporalidad:		Tiempo aproximado de evolución:
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido		<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		<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)	
_____			_____	
_____			_____	
4.1 TRATAMIENTO ACTUAL			4.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR REALIZAR	
Medicamento(s)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
_____			En caso afirmativo, favor de señalar el (los) procedimiento(s)	
_____			_____	
_____			_____	
5. COMPLICACIONES O SECUELAS				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de ser afirmativo, favor de describirlas.				

6. ESTADO ACTUAL DE SALUD Y PRONÓSTICO				
Del diagnóstico definitivo Aspectos relevantes			Otras enfermedades	
_____			_____	
_____			_____	
II. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y SIGNOS VITALES				
Presión arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Peso (kgr.)	Talla (cms.)
_____	_____	_____	_____	_____

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica.

SOLICITANTE

(y de su Representante Legal si es menor de edad)

Nombre y firma

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

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.

FIRMAS

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 13 de abril de 2022, con el número CGEN-S0043-0055-2022/CONDUSEF-G-01389-001”.