



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
C.P. 04200, México, Ciudad de México

Formato de Historia Clínica

Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)

Información General

Fecha			Datos del trámite	
Día	Mes	Año	No. de reclamación	No. de póliza
Nombre Completo del Asegurado (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))				Código de cliente (si cuenta con él)
Fecha de Nacimiento			Sexo	País de nacimiento
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Profesión u Ocupación			Motivo de consulta	

Antecedentes personales patológicos del Asegurado

(Se deberá indicar los antecedentes de importancia clínica, como enfermedades que padezca el paciente o que haya padecido, indicando la fecha en que se realizó el diagnóstico de la misma, si tiene tratamiento y a la fecha en que se estableció el tratamiento, por ejemplo enfermedades crónicas-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, reumatoide etc. Cirugías realizadas, fecha y la causa por la que le realizaron dicha cirugía, hospitalizaciones, fecha y causa etc.)

1) Especifique padecimiento, fecha exacta de diagnóstico (día/mes/año) y tratamiento del Asegurado

Antecedentes personales no patológicos del Asegurado

(Se anotará aquí lo relacionado a tabaquismo, uso de alcohol, así como diferentes adicciones y su duración, y si es que existe relación con el padecimiento actual o reclamo)

Alcohol	Tabaquismo
Drogas	Otros (especificar)

Padecimiento actual

(Padecimiento que originó el fallecimiento) En este apartado se debe describir todos los detalles del padecimiento que originó el fallecimiento, incluyendo las complicaciones o los antecedentes desencadenantes de la causa del fallecimiento, con fecha de diagnóstico de cada padecimiento enlistado, así como la fecha exacta en formato (día/mes/año)

Fecha de Inicio de los Síntomas			Fecha de Diagnóstico		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Descripción y detalles					

2) Causas del fallecimiento

Padecimiento	Fecha de Diagnóstico						
	Día	Mes	Año				

Tratamiento

(Describe el o los tratamientos médicos o quirúrgicos que le realizaron al paciente)

3) Datos del hospital donde fue atendido el paciente

Nombre del hospital	Dirección
Nombre del hospital	Dirección

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)

Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))

Calle/Avenida	Número exterior	Número interior	Colonia
Código Postal	Municipio/Delegación	Ciudad/Población	Teléfono 1
			Teléfono 2
Especialidad	Cédula Profesional	Firma	

Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))

Calle/Avenida	Número exterior	Número interior	Colonia
Código Postal	Municipio/Delegación	Ciudad/Población	Teléfono 1
			Teléfono 2
Especialidad	Cédula Profesional	Firma	

Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))					
Calle/Avenida			Número exterior	Número interior	Colonia
Código Postal	Municipio/Delegación	Ciudad/Población	Teléfono 1		Teléfono 2
Especialidad		Cédula Profesional	Firma		
Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))					
Calle/Avenida			Número exterior	Número interior	Colonia
Código Postal	Municipio/Delegación	Ciudad/Población	Teléfono 1		Teléfono 2
Especialidad		Cédula Profesional	Firma		
Fecha en la que se elabora la historia clínica					
Día	Mes	Año			
<p>Nota: Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada de manera directa tanto del paciente Asegurado o del familiar en caso de fallecimiento, como del expediente clínico que obra en mi poder.</p> <p>Es importante que el informe médico sea llenado en su totalidad y esté firmado por el o los médicos tratantes, para que sea tomado como válido por la aseguradora.</p> <p>Toda inexacta o falsa declaración vertida en este formato, eximirá a la aseguradora de cualquier responsabilidad.</p>					