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

Siga®

Informe médico

Este Formato deberá ser llenado y firmado por el Médico tratante, con letra legible.
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.

Datos del Asegurado Afectado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

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)

◯ Tobillo ◯ Columna ◯ Otros (especificar) _____
◯ Rodilla ◯ Fracturas Especificar diagnósticos, tratamiento y fechas _____

Padecimiento actual

Fecha de inicio del padecimiento día mes año	Fecha primera consulta día mes año	Número de consultas subsecuentes	Fecha primeros estudios auxiliares día mes año

Describa el cuadro clínico	¿Cuáles fueron los estudios por medio de los cuales corroboró el diagnóstico? (anexar estudios y resultados)

Diagnóstico definitivo

Tratamiento y/o intervención quirúrgica

	Fecha de Intervención Quirurgica. día mes año

Diagnóstico postoperatorio

En caso de pérdidas orgánicas especificar

En caso de indemnización diaria, indique fecha de inicio y terminación de la incapacidad (día/mes/año)	Inicio:	Terminación:	Número de días de incapacidad

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

40 16 36
*si cuenta con ella

401636-10p_siga_0417VD.indd

¿Existe algún antecedente personal patológico relevante relacionado o que haya exacerbado el padecimiento actual?	○ Sí ○ No Describa
¿Toma o tomó algún medicamento? ○ Sí ○ No Indicarlo	
¿Está actualmente bajo algún medicamento? Mencione medicamento y/o tratamiento llevado	
Plan de tratamiento	
Nombre y parentesco de la persona de quien obtuvo la información	

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		

Hospital en que se atendió/hospitalizó		Nombre del Médico
Especialidad	Dirección	
Teléfono	R.F.C. letras año mes día homoclave*	Firma

Como médico tratante autorizo a los hospitales y médicos que han tratado al paciente a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., todos los informes que se refieran 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.

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la compañía.

Este documento no se acepta con tachaduras, enmendaduras; de lo ya declarado en el mismo no se aceptan cambios posteriores.

Datos Personales:
Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, 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 los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede 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.