

Este formato debe ser llenado y firmado por el **médico tratante**. 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**.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO

Número de Póliza	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	Peso del Asegurado	Estatura	IMC
/ /			

PLAN TERAPÉUTICO A SEGUIR

Indique el diagnóstico definitivo:

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

Técnica quirúrgica detallada

Explique en qué consiste la cirugía planeada.

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo a procedimiento programado

SOLICITUD DE MATERIALES O RENTAS DE EQUIPO

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores:

Solicitud 1:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

SOLICITUD DE MATERIALES Y/O RENTAS DE EQUIPO (CONTINUACIÓN)

Solicitud 2:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Teléfono celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

Solicitud 3:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Teléfono celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

Solicitud 4:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Teléfono celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

Solicitud 5:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Teléfono celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

Solicitud 6:

Cantidad	Descripción de materiales

Nombre comercial del proveedor

Representante comercial

Teléfono celular del proveedor

Correo electrónico del proveedor

DATOS DEL MÉDICO**Médico tratante**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Celular	Correo electrónico

Datos personales:

Reconozco que se me informó que el tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página gnp.com.mx o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional, así mismo, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles a los titulares sobre la entrega de sus datos personales, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado de los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad para su consulta.

**Nombre y firma
del médico tratante**

**Nombre y firma del Asegurado afectado o
representante legal (en caso de ser
menor de edad)**