

Informe médico de beneficio de indemnización por pérdidas orgánicas

Este cuestionario debe ser llenado con tinta y de puño y letra por el Asegurado y el Médico que lo atendió o por el que rinde el informe.

Fecha		
día	mes	año

Datos para ser llenados por el Asegurado											
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)		
Póliza No.			Números de pólizas adicionales que tiene el Asegurado					Lugar de nacimiento			
Fecha de nacimiento		día	mes	año	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)
Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)				Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
Correo electrónico (si cuenta con él)					¿El Asegurado tiene hábito de fumar?						
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Domicilio particular											
Calle							No. exterior		No. interior		
Colonia							C.P.				
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada	Teléfono		
Datos para ser llenados por el Médico											
Describa detalladamente la(s) lesión(es) encontrada(s) por usted, indicando su causa y su naturaleza											
¿Las lesiones fueron causadas exclusivamente por medios externos y violentos?							Fecha en que ocurrió la lesión				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							día mes año				
Dar detalles de cómo ocurrieron las lesiones											
¿Las lesiones provocaron la pérdida de la vista?			En caso afirmativo ¿en que ojo?				A su juicio ¿la pérdida de la vista es definitiva?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Las lesiones provocaron la pérdida de algunos de los miembros o parte de ellos?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo especifique claramente ¿cuál es la pérdida?, aclarando en el caso de los dedos, su nombre común y el número de falanges perdidas											
Dar detalle del estado actual de las lesiones											
Aparte de las lesiones ¿encontró Ud. algunos otros signos patológicos?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
¿El Asegurado en el momento de sufrir las lesiones padecía alguna afección o enfermedad aguda o crónica?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

En caso afirmativo proporcione detalles (nombre de la enfermedad, fecha, duración, etc.)

¿Hubo alguna investigación oficial con motivo de las lesiones sufridas por el Asegurado?

Sí No

En caso afirmativo proporcione detalles

Datos de otros médicos que lo atendieron

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Fecha de consulta día mes año	
Domicilio completo		clave lada	Teléfono
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Fecha de consulta día mes año	
Domicilio completo		clave lada	Teléfono
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Fecha de consulta día mes año	
Domicilio completo		clave lada	Teléfono

En caso de que el Asegurado hubiese estado internado en hospital o sanatorio, dé el nombre y dirección

Datos adicionales

Datos del médico (que requisita esta declaración)

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
Registro S.S.A.				Cédula profesional	

Domicilio particular

Calle		No. exterior	No. interior
Colonia			C.P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País (si es distinto a México)
		clave lada	Teléfono

Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____ .

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

_____ Firma usual del médico

Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

_____ Firma del Asegurado