



**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 Día Mes Año			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	País de nacimiento	
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 Día Mes Año	Fecha de Diagnóstico Día Mes Año	
Descripción y detalles		

<b>2) Causas del fallecimiento</b>					
Padecimiento		Fecha de Diagnóstico Día      Mes      Año			
<b>Tratamiento</b>					
(Describa el o los tratamientos médicos o quirúrgicos que le realizaron al paciente)					
<b>3) Datos del hospital donde fue atendido el paciente</b>					
Nombre del hospital			Dirección		
Nombre del hospital			Dirección		
<b>4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)</b>					
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Día</td><td> </td><td>Mes</td><td> </td><td>Año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					Día		Mes		Año										
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>																			