

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

PLAN TERAPÉUTICO A SEGUIR (TIPO DE ABORDAJE Y ESPECIFICACIONES DE LA CIRUGÍA)
Técnica quirúrgica detallada Explique en qué consiste la cirugía planeada.

SOLICITUD DE MATERIALES O RENTAS DE EQUIPO				
Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores:				
Cantidad	Nombre del Material	Descripción del Material	Marca	Proveedor

Adicional a los insumos solicitados, especificar si tiene algún otro requerimiento especial para realizar la cirugía.	Costo de Insumos Solicitados	
	Costo Aprox. de Gasto Hospitalario	
	Días de Estancia Hospitalaria	

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Celular	Correo electrónico

INFORMACIÓN ADICIONAL	SÍ	NO
1) ¿Es indispensable que el o los proveedor (es) especificado(s) sean quienes proporcionen los insumos?	☐	☐
2) En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, especifique el motivo:		
3) ¿Usted tiene una relación comercial y/o vínculo jurídico con la empresa que distribuye y/o comercializa los insumos solicitados?	☐	☐

Se informa al médico tratante que cualquier declaración falsa, omisión de información relevante o la provisión de datos que resulten en la inflación indebida de los costos de materiales y/o equipo médico, será considerada un acto de mala fe que puede constituir un delito de fraude, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Federal y las leyes aplicables. Adicionalmente, se hace de su conocimiento que la utilización de la urgencia médica del paciente o cualquier otra circunstancia para ejercer presión indebida sobre Grupo Nacional Provincial, S.A.B. con el fin de obtener la aprobación del trámite, se considerará una falta grave a la ética médica; dicho comportamiento será sancionado conforme a los códigos de ética profesional aplicables y a las normativas internas de los hospitales e instituciones de salud, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se reserva el derecho de ejercer las acciones legales correspondientes ante las autoridades competentes en caso de detectar cualquier irregularidad.

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) ostenten 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.

Nombre y firma
del Médico tratante