

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 paciente	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 que consiste la cirugía planeada

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo a procedimiento programado**SOLICITUD DE MATERIALES O RENTAS DE EQUIPO**

Indique el equipo y/o 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 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 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.

Nombre y firma del médico tratante