Informe Médico - Protocolo de trasplante

Gastos Médicos

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

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)

Núm. de registro y/o expediente CENATRA*	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
	◯ F ◯ M		/ /

Protocolo de trasplante

☐ Riñón ☐ Hígado ☐ Corazón ☐ Pulmón ☐ Médula ósea ☐ Páncreas ☐ Otro, especificar

*Centro Nacional de Trasplantes

HISTORIA CLÍNICA

IMPORTANTE: Los antecedentes del paciente (patológicos y no patológicos) deberán ingresarse aunque no estén relacionados con el diagnóstico, incluir fechas de inicio (dd/mm/aa) y fechas de padecimientos previos.

Antecedentes personales no patológicos

Ocupación	Fuma	¿Desde cuándo?	Núm. de cigarrilos	Frecuencia
	◯ Sí ◯ No	/ /		

Consume bebidas alcohólicas:	¿Desde cuándo?	Núm. de copas	Frecuencia
◯ Sí ◯ No	/ /		

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades actuales y previas (incluir fechas dd/mm/aa)

Quirúrgicos (incluir fechas dd/mm/aa)

Transfusionales

Alérgicos

Otros

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

Cuadro clínico

De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, indique la fecha de inicio del padecimiento (dd/mm/aa)

Fecha de inicio / /

Diagnóstico (debe utilizar la tabla de diagnósticos anexa en las páginas 6 - 7)

Indicar la fecha de diagnóstico en cada caso (dd/mm/aa)

Diagnóstico principal

Fecha de diagnóstico / /

Diagnóstico etiológico (causa)

Fecha de diagnóstico / /

Otro diagnóstico (indique cuál y la fecha de diagnóstico)

ESTUDIOS DE LABORATORIO

De los estudios realizados, anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico y estado general de salud. Dependiendo el trasplante, los siguientes estudios con los mínimos obligatorios (anexe resultados de dichos estudios)

Riñón	Resultado
Creatinina sérica	
Proteinuria	
Urea sérica	
Sedimento urinario	
Excreción de Na y K	

Hígado	Resultado
Transaminasas TGO y TGP	
Coagulograma	
Bilirrubina total y directa	
Fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa	

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

ESTUDIOS DE LABORATORIO

De los estudios realizados, anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico y estado general de salud, (dependiendo el trasplante, los siguientes estudios con los mínimos obligatorios - anexe resultados de dichos estudios)

Corazón	Resultado
CPK y CPK-MB	

Pulmón	Resultado
Gases en sangre	
Lavado por broncoscopia	

Páncreas	Resultado
Glucemia	
Amilasa	
Lipasa	

Generales (obligatorios)	Anexe resultados
BH	
QS	

Serología (obligatorios)	Resultado
Hepatitis B	
Hepatitis C	
HIV	
CMV	
Toxoplasmosis	
Sífilis	

ESTUDIOS

Resultado de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Estudios de gabinete	Resultado
Electrocardiograma de 12 derivaciones	
Ecocardiograma	
Radiografía de tórax y abdomen	
Ecografía abdominal	
Fibromax	

Otros estudios

Biopsia diagnóstica

Estudios complementarios (medidas antropométricas)

Perímetro axila	Perímetro umbilical	Perímetro xifoideo	Peso	Talla

Informe médico - Protocolo de trasplante

Gastos Médicos

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

DATOS DEL HOSPITAL DONDE SE REALIZARÁ TRASPLANTE

Nombre del hospital o clínica donde ingresará el paciente	Ciudad	Estado

Fecha tentativa de ingreso	Tipo de trasplante
/ /	◯ Donador vivo autólogo ◯ Donador vivo heterólogo

DATOS DEL MÉDICO

Médico que realizará el trasplante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad

Cédula profesional	Número de certificación de acreditación por el consejo

Médico tratante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad

Cédula profesional	Número de certificación de acreditación por el consejo

PRESUPUESTO

Desglose de conceptos

Indique qué incluye y el monto por concepto

Concepto	Importe

Total

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

DATOS DE COMITÉ DE TRASPLANTES

Fecha de valoración en el comité de trasplantes	Núm. de registro CENATRA	Resolución
/ /		◯ Apto ◯ No apto

Médico representante del comité de trasplantes

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad

Cédula profesional	Número de certificación de acreditación por el consejo

Aprobación por parte del comité de trasplantes

◯ Aprobado ◯ No aprobado

COMENTARIOS

Consentimiento:
Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en gnp.com.mx o en el teléfono 55522-79000 a nivel nacional.

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.

Lugar y fecha	Nombre y firma del médico tratante	Nombre y firma del médico que realizará el trasplante

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

TABLA DE DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico - Renal

- Glomerulonefritis
- Nefroangioesclerosis
- Nefropatía diabética
- Nefritis tubulointersticial
- Poliquistosis renal
- Mieloma
- Nefropatía obstructiva
- Síndrome urémico hemolítico
- Amiloidosis
- Nefropatía lúpica

Diagnóstico - Hepático

- Cirrosis hepatocelular
  - HCV
  - HBV
  - Alcohólica
  - Autoinmune
  - Metabólica
- Cirrosis colestática
  - Biliar primaria
  - Biliar secundaria
  - Colangitis esclerosante
- Budd Chiari
- Hepatitis fulminante
- Cáncer
- Atresia de vías biliares
- Enfermedad metabólica

Diagnóstico - Médula ósea

- Leucemia
  - Linfocítica crónica
  - Aguda linfocítica
  - Aguda mieloide
- Linfoma
  - Hodgkin
  - No Hodgkin
- Anemia aplásica
- Talasemia
- Enfermedad de células falciformes

Diagnóstico - Cardíaco

- Miocardiopatía dilatada
  - Idiopática
  - Adriamicina
  - Postparto
  - Familiar
  - Miocarditis
  - Alcohólica
  - Post viral
  - Isquémica
- Miocardiopatía restrictiva
  - Idiopática
  - Amiloidosis
  - Fibrosis endocárdica
  - Sarcoidosis
  - Secundaria a radiación o quimioterapia
- Falla del injerto cardíaco
  - Rechazo hiperagudo
  - Rechazo agudo
  - Enfermedad arterial coronaria
  - Restrictivo/Constrictivo
  - Rechazo crónico
  - Falla primaria

- Enfermedad arterial coronaria
- Miocardiopatía hipertrófica
- Enfermedad cardíaca valvular
- Enfermedad cardíaca congénita
- Cáncer
- Tumor
- Hipertensión pulmonar

TABLA DE DIAGNÓSTICOS (CONTINUACIÓN)

Diagnóstico - Pulmonar

- Síndrome Eisenmenger
  - Defecto del septum atrial
  - Defecto del septum ventricular
  - Ductus arterial
  - Anomalías múltiples congénitas
- Fallas del injerto pulmonar (retrasplante)
  - Bronquiolitis obliterante
  - Restrictiva
  - Rechazo agudo
  - Obstructiva
  - Falla primaria del injerto
- Otras enfermedades congénitas
- Hipertensión pulmonar primaria
- Fibrosis quística
- Fibrosis pulmonar idiopática
- Fibrosis pulmonar secundaria
- Sarcoidosis
- Deficiencia de alpha-1 antitripsina
- Enfisema EPOC
- Bronquiectasia
- Enfermedad pulmonar ocupacional
- Linfangioleiomiomatosis
- Bronquiolitis obliterante
- Enfermedad vascular pulmonar
- Covid-19