

INFORME MÉDICO

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR

TRÁMITE										FECHA DE SOLICITUD							
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA <input type="checkbox"/>		TRATAMIENTO MÉDICO <input type="checkbox"/>		AUXILIAR DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>		REEMBOLSO <input type="checkbox"/>		DÍA	MES	AÑO							
FICHA DE IDENTIFICACIÓN																	
NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATANTE: <small>OBLIGATORIO</small>							NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <small>OBLIGATORIO</small>										
TITULAR: <small>OBLIGATORIO</small>			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S) <small>OBLIGATORIO</small>								
AFILIADO AFECTADO: <small>OBLIGATORIO</small>			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S) <small>OBLIGATORIO</small>								
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO OFICINA		OTRO TELÉFONO DE CONTACTO								
<small>OBLIGATORIO</small>		<small>OBLIGATORIO</small>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<small>OBLIGATORIO</small>	<small>OBLIGATORIO</small>		<small>OBLIGATORIO</small>		<small>OBLIGATORIO</small>								
Día		Mes		Año													
CAUSA DE ATENCIÓN: <small>OBLIGATORIO</small>			EMBARAZO <input type="checkbox"/>			ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>			ACCIDENTE <input type="checkbox"/>								
HISTORIA CLÍNICA																	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:						ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:											
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:						ANTECEDENTES PERINATALES (EN CASO DE SER NECESARIO)											
PADECIMIENTO ACTUAL (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)										FECHA DE INICIO							
SIGNOS Y SÍNTOMAS:										Día		Mes		Año			
										PESO (Kg):				TA (MMhg):			
										TALLA (Cm):							
										DIAGNÓSTICO (S) DEFINITIVO (S):							
										FECHA DE DIAGNÓSTICO							
										Día		Mes		Año			
TIPO DE PADECIMIENTO:			CONGÉNITO <input type="checkbox"/>		ADQUIRIDO <input type="checkbox"/>		AGUDO <input type="checkbox"/>		CRÓNICO <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?															
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES):																	
TRATAMIENTO:										CPT							

INFORME MÉDICO

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR

DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------------------	--

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE ESTANCIA: HOSPITALIZACIÓN URGENCIA CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		
ESPECIALIDAD	RFC	TELÉFONO	CELULAR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MÉDICO DE RED					
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD		CORREO ELECTRÓNICO		

HONORARIOS MÉDICOS
ESTE APARTADO DEBERÁ SER LLENADO ÚNICAMENTE SI EL MÉDICO TRATANTE NO PERTENECE A LA RED MÉDICA DE GENERAL DE SALUD
MÉDICO TRANTE: \$ _____ CIRUJANO: \$ _____ AYUDANTE: \$ _____ OTROS: \$ _____ ANESTESIÓLOGO: \$ _____ INSTRUMENTISTA: \$ _____

OBSERVACIONES DEL COORDINADOR MÉDICO:

NOTA: Como Médico Tratante, autorizo a los hospitales en donde fue internado el paciente a que otorguen a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** todos los informes que se refieren a su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, bajo protesta de decir la verdad, que manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del paciente Asegurado.

AVISO: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

Lugar y fecha: _____
Firma del Médico: _____

INFORME MÉDICO

Aviso de Privacidad Integral Clientes, Asegurados y Beneficiarios de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

1. **“Responsable” del tratamiento de sus datos personales.** GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., es la persona moral que de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, (LFPDPPP) se entiende como el **“Responsable”** ya que decide sobre el tratamiento de los datos personales que recaba de usted, como **“Titular”** de los mismos. Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad que el **“Responsable”** haya puesto a su disposición por ser el titular de sus datos personales, y resulta supletorio en todo aquello que expresamente no refieran tales avisos.

2. **Domicilio del “Responsable”:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.

3. **Datos personales que recaba el “Responsable”:** Datos de identificación: Nombre completo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, ocupación, profesión, firma autógrafa, Registro Federal de Contribuyentes, Clave Única de Registro de Población, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo y edad. Datos de contacto: Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular. Datos patrimoniales o financieros: Bienes, derechos, cargas u obligaciones susceptibles de valoración económica, como son: bienes muebles e inmuebles, seguros y fianzas, estados financieros auditados y declaraciones.

Datos personales sensibles: Datos de salud relativos a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro, incluyendo historial clínico, hábitos y práctica de deportes, así como características personales y físicas. Únicamente cuando la cobranza de su póliza de seguros sea vía telefónica, se le solicitará información financiera sensible: número de tarjeta de crédito o débito, vigencia y clave CVV (Card Verification Value) de su tarjeta. No grabaremos su voz como dato biométrico.

4. Finalidades necesarias del tratamiento de los datos personales:

a) Valuar de solicitudes de seguro, selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, sus renovaciones y la prestación de los servicios de asistencia incluidos el mismo, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, reembolsos, endosos, según sea aplicable; b) Seguimiento a su estado de salud para fines inherentes a la póliza de seguro, a través de mensajes de texto SMS, llamada telefónica, correo electrónico, y encuestas en nuestra página web, a fin de ejercer los derechos y obligaciones que las leyes aplicables al contrato de seguro otorgan al Responsable; c) Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del contrato de seguro; d) Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; así como remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguro y reaseguro; e) Cumplimiento normativo y de obligaciones del Responsable, e integración de expedientes que exige la regulación aplicable, así como para prevenir y denunciar ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude, delitos patrimoniales. / No utilizaremos sus datos personales para finalidades secundarias.

5. ¿Con quién transfiere el “Responsable” sus datos personales y para qué fines?

a) Autoridades financieras, judiciales y administrativas, mexicanas y extranjeras, y organismos de cumplimiento normativo, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de oficios, notificaciones o requerimientos oficiales; b) Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, incluyendo asociaciones gremiales, para fines de selección de riesgos, prevención de fraude y atención de siniestros; c) Proveedores y terceros necesarios para la selección de riesgos y para cumplir con las obligaciones legales y contractuales del Responsable, incluyendo las derivadas del contrato de seguro, conforme a la naturaleza del mismo: hospitales, médicos, verificadores, despachos, ambulancias, servicios de asistencia, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, empresas de servicio a clientes y administración de pólizas, auditores, consultores, beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, reaseguradores y aseguradoras, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, promotores de agentes de seguros, empresas de cobranza telefónica o de IVR (Respuesta de Voz Interactiva), empresas y plataformas para la administración de descuentos por nómina, en su caso.

Notas: Las anteriores transferencias por su propia naturaleza, no requieren que usted otorgue su consentimiento. El responsable no transferirá ni compartirá sus datos personales con terceros, para fines ajenos a los estipulados en el presente Aviso, ni para comercialización de productos ajenos a su grupo empresarial. / Si sus datos deben ser transferidos a un Sujeto Obligado, como son las autoridades en ejercicio de sus funciones, sus datos estarán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

6. El uso de tecnologías de rastreo en el portal de Internet del “Responsable”.

Le informamos que en nuestra página web usamos cookies y otras tecnologías de rastreo de su comportamiento como usuario de internet, para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En materia de Internet, una cookie es una breve información que una página web envía a su computadora, la cual queda almacenada en su disco duro. De este modo, la próxima vez que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal

INFORME MÉDICO

a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien usted puede borrarlas en el momento en que lo desee de su explorador. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

7. Opciones y medios para limitar el uso o divulgación de sus datos personales. Usted cuenta con las siguientes opciones para limitar el uso o divulgación de sus datos personales: **a)** Enviando su solicitud al "Responsable" a la dirección datospersonales@gsalud.com.mx. En caso de que su solicitud sea procedente, se le registrará en el listado de exclusión propio del responsable; **b)** Solicitando su inscripción en el Registro Público de Consumidores, también conocido como "Registro Público para Evitar la Publicidad" previsto en la Ley Federal de Protección al Consumidor; **c)** Solicitando su inscripción en el Registro Público de Usuarios previsto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

8. Medios para ejercer los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (Derechos ARCO).

1) Enviando un correo electrónico a la Unidad de Protección de Datos Personales, a la dirección electrónica datospersonales@gsalud.com.mx
2) Por escrito en formato libre dirigido a la Unidad de Protección de Datos Personales, en nuestro domicilio ubicado en Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, en la Ciudad de México.
3) En la sección disponible a través de nuestra página WEB: <http://www.generaldesalud.com.mx/derechos-arco-salud/>
Su petición deberá ser realizada a través de la Solicitud de Derechos ARCO, la cual debe ser descargada de la dirección web señalada en el anterior inciso **3)**, o bien, solicitada a la dirección de correo electrónico indicada en el inciso **1)** del párrafo anterior.

Requisitos: Para que la Unidad de Protección de Datos Personales pueda dar seguimiento a su solicitud, usted o su representante legal (acreditando ésta calidad), deberá: **a)** Indicar su nombre completo y su domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud. - Acreditar correctamente su identidad, completando todos los campos de la Solicitud de Derechos ARCO y acompañando copia de alguna de las identificaciones oficiales vigentes que se señalan en dicho formato; **b)** Describir de forma clara y precisa los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados. Asimismo, si usted solicita la Rectificación de datos personales, deberá indicarnos las modificaciones deseadas, y aportar la documentación que sustente su petición.
En caso de solicitarlo, nuestra Unidad de Protección de Datos Personales le dará la orientación que requiera en ésta materia, a través del correo electrónico datospersonales@gsalud.com.mx o en nuestras oficinas.

¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO? **I.** Cinco días hábiles, en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.; **II.** Usted contará con 10 días hábiles para proporcionar la información que le solicitemos adicionalmente; en caso de no proporcionar la misma dentro de ese plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente, en términos de ley, **III.** Contamos con 20 días hábiles para emitirle respuesta. Si existe causa justificada, y para otorgarle una respuesta adecuada, podremos ampliar éste plazo por otros 20 días hábiles, lo cual se le informará.

9. Medidas de seguridad implementadas: Para la protección de sus datos personales hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información. Dichos datos serán tratados y resguardados con un alto estándar de seguridad, ética y estricta confidencialidad, y únicamente para los fines de la relación jurídica, en total apego a éste Aviso de Privacidad y la legislación aplicable.

10. Modificaciones al aviso de privacidad: El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de las propias necesidades del "Responsable" por los servicios que ofrece, de las prácticas de privacidad o por otras causas, por lo que el "Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento las modificaciones o actualizaciones que sean necesarias al presente aviso de privacidad. El "Responsable" pondrá a disposición del cliente, la versión actualizada del aviso de privacidad, en la página de internet: <http://www.generaldesalud.com.mx/aviso-de-privacidad-2/>

11. Derecho de promover los procedimientos de protección de derechos y de verificación que sustancia el Instituto.

Cualquier queja o información adicional respecto al tratamiento de sus datos personales o duda en relación con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares o con su Reglamento, podrá dirigirla al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

**Acepto Aviso de Privacidad y tratamiento de mis datos,
incluyendo los sensibles.**