

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 <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Edad	Fecha de nacimiento / /
Protocolo de trasplante				
<input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Médula ósea <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> 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 <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Desde cuándo? / /	Núm. de cigarrillos	Frecuencia
Consumo bebidas alcohólicas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Desde cuándo? / /	Núm. de copas	Frecuencia	

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)

Fecha de diagnóstico

/ /

Diagnóstico principal

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

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

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	
/ /		<input type="radio"/> Donador vivo autólogo <input type="radio"/> 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	

DATOS DE COMITÉ DE TRASPLANTESFecha 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 tratanteNombre y firma del
médico que realizará el
trasplante

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Eisenmenger - Defecto del septum atrial - Defecto del septum ventricular - Ductus arterial - Anomalías múltiples congénitas
 • Deficiencia de alpha-1 antitripsina • Enfisema EPOC • Bronquiectasia • Enfermedad pulmonar ocupacional | <ul style="list-style-type: none"> • Fallas del injerto pulmonar (retrasplante) - Bronquiolitis obliterante - Restrictiva - Rechazo agudo - Obstructiva - Falla primaria del injerto
 • Linfangioleiomiomatosis • Bronquiolitis obliterante • Enfermedad vascular pulmonar • Covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Otras enfermedades congénitas • Hipertensión pulmonar primaria • Fibrosis quística • Fibrosis pulmonar idiopática • Fibrosis pulmonar secundaria • Sarcoidosis |
|---|--|---|