

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
	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> 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 cigarrillos	Frecuencia
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/ /		

Consumo bebidas alcohólicas:	¿Desde cuándo?	Núm. de copas	Frecuencia
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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)

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

Creatinina sérica

Proteinuria

Urea sérica

Sedimento urinario

Excreción de Na y K

Resultado

Hígado

Transaminasas TGO y TGP

Coagulograma

Bilirrubina total y directa

Fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa

Resultado

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 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 | • Poliquistosis renal | • Amiloidosis |
| • Nefroangioesclerosis | • Mieloma | • Nefropatía lúpica |
| • Nefropatía diabética | • Nefropatía obstructiva | |
| • Nefritis tubulointersticial | • Síndrome urémico hemolítico | |

Diagnóstico - Hepático

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

Diagnóstico - Médula ósea

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

Diagnóstico - Cardíaco

- | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|
| • Miocardiopatía dilatada | • Miocardiopatía restrictiva | • Falla del injerto cardíaco |
| - Idiopática | - Idiopática | - Rechazo hiperagudo |
| - Adriamicina | - Amiloidosis | - Rechazo agudo |
| - Postparto | - Fibrosis endocárdica | - Enfermedad arterial coronaria |
| - Familiar | - Sarcoidosis | - Restrictivo/Constrictivo |
| - Miocarditis | - Secundaria a radiación o quimioterapia | - Rechazo crónico |
| - Alcohólica | | - Falla primaria |
| - Post viral | | |
| - Isquémica | | |
| • Enfermedad arterial coronaria | • Enfermedad cardíaca congénita | • Hipertensión pulmonar |
| • Miocardiopatía hipertrófica | • Cáncer | |
| • Enfermedad cardíaca valvular | • Tumor | |

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 |
|---|--|---|