

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"/>					
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO?:			<input type="checkbox"/> SÍ <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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: black; color: white;">COMPLICACIONES</th> <th style="width: 30px;">SÍ</th> <th style="width: 30px;">NO</th> </tr> </table>	COMPLICACIONES	SÍ	NO
COMPLICACIONES	SÍ	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"/> SÍ <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. Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, Registro Federal de Contribuyentes, Clave Única de Registro de Población, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo, documentos migratorios de ser aplicables y edad. **Al proporcionar datos personales relacionados con sus familiares y referencias, usted reconoce tener el consentimiento de éstos para que el “Responsable” trate sus datos para los fines que señala este Aviso y demás necesarios para el proceso de contratación.** DATOS DE CONTACTO: Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular. PATRIMONIALES O FINANCIEROS: Origen de los recursos para solicitar el seguro, información sobre dependientes económicos, ingresos, clave bancaria, estado de cuenta en caso de ser aplicable.

Si el producto de seguro contratado o la documentación del siniestro lo requiere, datos de otras pólizas de seguro relacionadas con el riesgo asegurado.

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, así como características personales y físicas, hábitos, práctica de deportes, características físicas.

Firma autógrafa y electrónica; simple y principalmente **avanzada**, Número de serie del certificado digital, de la Firma Electrónica Avanzada datos biométricos, incluidos entre ellos huellas dactilares, fotografías, **voz y audio, o video grabación** con la finalidad de identificar y celebrar documentos contractuales que deriven del contrato de seguro, o grabación de llamadas telefónicas, relacionadas con la póliza, reclamaciones o siniestros.

Únicamente cuando la forma de **cobranza de su póliza de seguros sea vía telefónica, domiciliación o por medios electrónicos**, se le solicitará información financiera sensible: número de tarjeta de crédito o débito, vigencia y clave CVV (Card Verification Value) de dicha tarjeta bancaria.

Geolocalización de dispositivos: Para la prevención del lavado de dinero: Conocer la ubicación del dispositivo donde se realizó alguna contratación por parte del asegurado; Para brindarle asistencia en siniestros: Ubicar las coordenadas geográficas de latitud y longitud en que se encuentre el asegurado, por medio de las aplicaciones del “Responsable”.

Conocer la ubicación del dispositivo donde se celebró la Operación a través de Dispositivos de forma no presencial por parte del Cliente; Ubicar las coordenadas geográficas de latitud y longitud en que se encuentre el Dispositivo, por medio de las aplicaciones del “Responsable”, y en el caso aplicable para el cumplimiento **a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.**

Señalar si ha ejercido funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional.

En caso de siniestro recabaremos datos relativos al incidente: fecha, lugar, hora, lesionados, **datos de salud de los lesionados** relativos a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro, así como características personales y físicas, informe médico de los lesionados.

Con finalidades de prevención de lavado de dinero: Señalar si ha ejercido funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional.

3. 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.

Finalidades Secundarias: Para fines de mercadotecnia, publicidad, prospección comercial de nuestros productos y servicios, o para invitarlo a eventos institucionales.

De igual forma, en caso de que posteriormente no desee que sus “Datos” sean tratados para estos fines adicionales o secundarios, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, mediante el envío de un correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: datospersonales@gsalud.com.mx

INFORME MÉDICO

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

- a) A empresas del grupo empresarial al cual pertenece el “Responsable”, considerando que las mismas operan bajo las mismas políticas y procesos de protección de datos personales, y con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones que derivan del contrato de seguros,
- b) A autoridades financieras, judiciales y administrativas, mexicanas y extranjeras, 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.
- c) A terceros con los que el “Responsable” tenga un contrato celebrado para cumplir con las obligaciones del contrato de seguro, es decir, aseguradoras y reaseguradores, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros y gestores, d)Beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, e) Proveedores que resulten necesarios para cumplir con las obligaciones derivadas de su contrato de seguro, entre los cuales se encuentran de forma enunciativa, verificadores de campo, centros de contacto, hospitales, consultorios médicos, laboratorios, ambulancias, ajustadores, despachos externos, clínicas, servicios de asistencia, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, proveedores de teleasistencia, servicios médicos, cobranza telefónica, plataformas digitales para la administración, facturación, y cobranza de productos, aplicaciones, contenidos y Páginas web relacionadas con el producto.

Notas: Toda transferencia se realizará solo cuando sea estrictamente indispensable y advirtiéndolo respecto a la confidencialidad de los datos personales y el presente Aviso de Privacidad. El “Responsable” no transferirá sus datos personales a terceros, para finalidades distintas a las establecidas en el presente Aviso de Privacidad, sin perjuicio de las excepciones contenidas en la Ley y su Reglamento. El “Responsable” no transferirá sus datos personales a terceros, para finalidades distintas a las establecidas en el presente Aviso de Privacidad, sin perjuicio de las excepciones contenidas en la Ley y su Reglamento. 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.

4. 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 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.

5. 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: con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información, las cuales han sido implementadas, en términos de la “Ley”, con el objeto de proteger sus datos contra cualquier daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso, tratamiento y divulgación no autorizados, así como acotar cualquier riesgo que pudiera llegar a presentarse 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.

Asimismo hacemos de su conocimiento que, para limitar el uso o divulgación de sus “Datos”, en cualquier momento podrá enviar su solicitud a nuestra dirección electrónica: datospersonales@gsalud.com.mx. En caso de que su solicitud sea procedente, le notificaremos cuáles serán las acciones aplicables a su caso.

De igual forma, usted cuenta con las siguientes opciones:

- 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.
- Solicitando su inscripción en el Registro Público de Usuarios previsto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- Enviando un correo electrónico a la Unidad de Protección de Datos Personales, a la dirección electrónica.

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

Usted tiene los siguientes derechos respecto de sus datos personales, identificados como Derechos ARCO:

Acceso: Conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones de su uso.

Rectificación: Solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta, proporcionando evidencia de la información correcta.

Cancelación: Que sus datos sean eliminados de nuestros registros o bases de datos cuando considere que no están siendo usados conforme a la normatividad aplicable

Oposición: Manifestar su oposición al uso de sus datos personales para algún fin específico.

INFORME MÉDICO

La forma para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), así como limitar el uso o divulgación de sus "Datos" y/o revocar el consentimiento que nos haya otorgado, será a través de los siguientes medios:

La forma para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), así como limitar el uso o divulgación de sus "Datos" o revocar el consentimiento que nos haya otorgado, será atendida por el Responsable Jurídico de Datos Personales de **General de Salud, Compañía de Seguros S.A.**, a través de los siguientes medios:

- 1) Enviando la solicitud de ejercicio de Derechos ARCO que ponemos a su disposición en nuestro sitio web <https://generaldesalud.mx/> a nuestro correo electrónico: datospersonales@gsalud.com.mx, o bien entregándola físicamente al domicilio del "Responsable" que se describe en el numeral 1. del presente documento, dirigido al Responsable Jurídico de Datos Personales.
- 2) Por escrito en formato libre cumpliendo los requisitos de la "Ley", enviado a nuestro correo electrónico: datospersonales@gsalud.com.mx, o bien entregándola físicamente al domicilio del "Responsable" que se describe en el numeral 1. del presente documento.

¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?

- 1) Cinco días hábiles, en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.
- 2) 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.
- 3) Contamos con 20 días hábiles para emitirle respuesta.
- 4) Si existe causa justificada, para otorgarle una respuesta adecuada, podremos ampliar este plazo por otros 20 días hábiles.
- 5) En caso de que haya procedido el ejercicio del derecho, General de Salud, Compañía de Seguros S.A., realizará las acciones necesarias para hacer efectivo su derecho ARCO correspondiente, en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en el que le haya notificado la respuesta que se describe en el numeral iv, o v.
- 6) Los plazos antes referidos podrán ser ampliados una sola vez por un periodo igual, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

7. Medidas de seguridad implementadas:

Hacemos de su conocimiento que para la protección de sus "Datos" hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información, las cuales han sido implementadas, en términos de la "Ley", con el objeto de proteger sus datos contra cualquier daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso, tratamiento y divulgación no autorizados, así como acotar cualquier riesgo que pudiera llegar a presentarse 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.

8. Modificaciones 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 que a continuación se indica: <https://generaldesalud.mx/> misma que el titular deberá de revisar cada 4 meses a efecto de conocer todas las actualizaciones

Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad simplificados o cortos 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.

9. 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).

10. Consentimiento

En este acto reconozco haber recibido y leído el Aviso de Privacidad para Asegurados, Terceros y Beneficiarios de **GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, y en mi carácter de titular de los "Datos" proporcionados para los propósitos y bajo las condiciones de confidencialidad y seguridad establecidas en el presente Aviso de Privacidad y por la "Ley".

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