CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

BIENESTAR EDUCATIVO

VASEGUR@

Operado por GNP SEGUROS

AVISO DE ACCIDENTE

Programa Seguro Contra Accidentes Personales de Escolares "Va Segur@"

FOLIO: _____

Fecha: / /	**Hospital/Clínica:**
Hora de Ingreso:	**Hora de Egreso:**

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA:

Nombre:			
Sexo: M( ) H ( )	Edad:	Alumnado( ) Grado:	Persona trabajadora ( )
De acuerdo a su cultura, ¿se considera indígena? (Si) (Si en Parte) (No) (No Sabe)	**¿Habla Lengua Indígena?** (Si) (No)	**¿Qué Lengua indígena habla?**	
CURP:			
Nombre y firma de la persona responsable de la persona accidentada (solo en caso de menor de edad):			
Domicilio de la persona accidentada Calle y número:	Alcaldía:	C.P.	
Colonia:	Teléfono:	Teléfono Celular:	
Correo electrónico:			

II. DATOS DE LA ESCUELA

Nombre de la Escuela:			
Domicilio:			Colonia:
Alcaldía:	C.P.	Teléfono:	CCT
Nombre del personal directivo que autoriza:			Sello de la Escuela:
Puesto:			
Firma:			

III. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Lugar, fecha, hora del accidente:
Causa del accidente:

IV. VALORACIÓN DE TRIAGE (exclusivo para personal médico)

		T/A	TEMP	F/C	F/R	SAT02	PESO	TALLA
☐ verde ☐ amarillo ☐ rojo	**Hora de evaluación:** **Escala puntaje:** **Tipo:**							

V. INFORME MÉDICO

Accidentes médicos de la persona beneficiaria; alergias, enfermedades y tratamiento actual:
Descripción de las lesiones y tratamiento:

VI. DATOS DEL PERSONAL MÉDICO (A)

Nombre:	Teléfono:
Cédula Profesional:	Firma del Personal Médico:
Correo electrónico	

****EL PROGRAMA SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES "VA SEGUR@" ES GRATUITO, SI TIENE DUDAS EN EL SERVICIO COMUNÍQUESE AL NÚMERO 5511021730 EXT. 4122, 4032, 4027, 4116 Y/O 4048 DE LUNES A JUEVES DE 9 A 18:00 HRS., Y VIERNES DE 9:00 A 15:00 HRS.****

**** ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN TIENE 72 HRS., DE VIGENCIA Y ES VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA LA UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA****

Aviso de privacidad al reverso

CONSENTIMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, 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 mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Por lo anterior, en mi carácter de titular así como de la persona que ejerce la patria potestad y/o debida representación legal o tutela del (los) menor(es) de edad y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo mi consentimiento para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo 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. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica.

_____

Firma del Padre y Madre o familiar responsable (patria potestad o tutela)

(En caso de que la persona beneficiaria sea mayor de edad, esta podrá firmar este Aviso)

CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

BIENESTAR EDUCATIVO

VASEGUR@

Operado por GNP SEGUROS

ENCUESTA DE SERVICIO

1. **¿Fue canalizad@ a una unidad médica cercana a su domicilio o plantel educativo?**
   ☐ Sí
   ☐ No

2. **¿Cuánto tiempo esperó para ser atendid@?**
   ☐ Menos de 15 minutos
   ☐ 15-30 minutos
   ☐ 31-60 minutos
   ☐ Más de 60 minutos

3. **¿Cómo evalúa la atención médica recibida?**
   ☐ Excelente
   ☐ Buena
   ☐ Regular
   ☐ Mala

4. **¿El médico resolvió todas sus dudas durante la consulta?**
   ☐ Sí
   ☐ No

5. **¿La unidad médica le proporcionó los medicamentos que el médico prescribió?**
   ☐ Sí
   ☐ No
   ☐ Parcialmente

6. **¿Fue fácil para acceder al servicio (recibir consulta con especialista, agendar cita de seguimiento, pedir información, etc.)?**
   ☐ Fácil
   ☐ Regular
   ☐ Difícil
   ☐ Muy difícil

7. **¿Cómo calificarías la atención del personal de la unidad médica (administrativo, enfermería, vigilancia, limpieza)?**
   ☐ Excelente
   ☐ Buena
   ☐ Regular
   ☐ Mala

8. **¿Recomendarías esta unidad médica a otras personas beneficiarias?**
   ☐ Sí
   ☐ No

9. **Comentarios adicionales**
   Por favor, comparte cualquier sugerencia o comentario que nos ayude a mejorar nuestro servicio:

_____

Nombre de la Unidad Médica: _____

Nombre de la persona beneficiaria: _____

Nombre de la persona tutora: _____

Teléfono de contacto: _____ Celular: _____ Correo: _____

_____ Fecha: _____

Firma de la persona tutora