

# Formato de Informe Médico

## Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del médico tratante.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Edad
<b>Tipo de evento</b> <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo				
<b>Historia clínica</b>				
Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.				
<b>Antecedentes personales patológicos</b>			<b>Antecedentes personales no patológicos</b>	
<input type="checkbox"/>	Cardiacos		<input type="checkbox"/>	¿Fuma? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	Hipertensivos		<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA		<input type="checkbox"/>	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	Cáncer		<input type="checkbox"/>	Perinatales (en caso necesario)
<input type="checkbox"/>	Hepáticos		<input type="checkbox"/>	Gineco-obstétricos (cuando aplique)
<input type="checkbox"/>	Convulsivos		<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Cirugía(s)			
<input type="checkbox"/>	Otros			
<b>Padecimiento actual</b>				
Fecha de primeros síntomas del padecimiento	Día	Mes	Año	Especifique los detalles de la evolución y estado actual del padecimiento.
Fecha de la primera consulta por este padecimiento	Día	Mes	Año	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento	Día	Mes	Año	
<b>Diagnóstico(s)</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Tipo de padecimiento</b>				
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Crónico	
¿Cuánto tiempo? _____				
Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
¿El padecimiento ocasionó discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total				
Desde _____ Hasta _____				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Favor de especificar _____				
_____ Nombre y firma del médico tratante				

Exploración física y resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)					
		Talla	cm	Peso	kg
<b>Tratamiento</b>					
Favor de indicar: <input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico (favor de especificar procedimiento) <input type="checkbox"/> Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio) Descripción _____			Favor de indicar: <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento <input type="checkbox"/> Descripción de tratamiento ya realizado		
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Favor de especificar complicaciones _____					
Nombre del hospital		Ciudad		Fecha de ingreso Día   Mes   Año	
Tipo de estancia: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria				Fecha de egreso Día   Mes   Año	
<b>Datos generales del médico tratante</b>					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
N° de proveedor		RFC		Especialidad	
Cédula de especialidad/Certificación		Cédula profesional			
Teléfonos del consultorio (incluir LADA)			Correo electrónico		
Tel. móvil					
En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del(los) médico(s) que participa(n) y su presupuesto de honorarios: Anestesiólogo _____ Primer ayudante _____ Segundo ayudante _____ Otro(s) médico(s) _____					
El llenado de este formato no obliga a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Como médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.					
¿Pertenece a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso de no pertenecer a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. ¿Acepta el tabulador de esta para el pago de honorarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha: ____/____/____ día mes año		Nombre y firma del médico tratante _____			

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de abril de 2019 con número CGEN-S0038-0020-2019.**