

Formato de Informe Médico

Indicaciones:

- Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del médico tratante.
- 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.
- 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Edad
------------------	------------------	-----------	---	------

Tipo de evento	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo
-----------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Historia clínica

Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.

Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos
<input type="checkbox"/> Cardiacos		<input type="checkbox"/> ¿Fuma? (cantidad)
<input type="checkbox"/> Hipertensivos		<input type="checkbox"/> ¿Consumo bebidas alcohólicas (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/> ¿Consumo 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		

Padecimiento actual

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	

Diagnóstico(s)

- 1.
- 2.
- 3.

Tipo de padecimiento

<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
		Peso
Tratamiento		
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 <hr/> <hr/> <hr/>		
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
Datos generales del médico tratante		
Apellido Paterno		Apellido Materno
Nombre(s)		Nº de proveedor
RFC		Especialidad
Cédula de especialidad/Certificación		Correo electrónico
Teléfonos del consultorio (incluir LADA)		Tel. móvil
En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del(es) 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.