

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 |
| 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"/> | ¿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 | | | |
| 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 _____ _____ _____ | | 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) | N° de proveedor |
| RFC | Especialidad | Cédula profesional | |
| 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(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 14 de enero de 2019 con número CGEN-S0038-0007-2019.