

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	cm	Peso	kg
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 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.