

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día | Mes | Año

CONTRATANTE

No. PÓLIZA

LUGAR

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad

Sexo

F

M

No. de Póliza

Certificado

TIPO DE EVENTO

Accidente

Enfermedad

Embarazo

HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos

Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardiacos _____
- Hipertensivos _____
- Diabetes Mellitus _____
- VIH / SIDA _____
- Cáncer _____
- Hepáticos _____
- Convulsivos _____
- Otros: _____

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad) _____
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) _____
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad) _____
- Pérdida no intencional de peso? (describir) _____
- Otros: _____

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día | Mes | Año

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

DIAGNÓSTICO (S)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito

Agudo

Adquirido

Crónico

Cuánto tiempo? _____

Tiene relación con otro padecimiento? Si No Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad? Si No Parcial Total

Desde _____ Hasta _____

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Si No

Favor de especificar _____

EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

	Talla	Peso
--	-------	------

TRATAMIENTO

Favor de indicar: Programación de tratamiento Descripción de tratamiento ya realizado

Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)

Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción

Hubo complicaciones? Si No

Favor de describir complicaciones: _____

Nombre del Hospital	Ciudad	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año
Tipo de estancia	<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> 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 Profesional	Cédula de la Especialidad / Certificación		
E-mail	Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA		

En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:

Anestesiólogo _____

Primer Ayudante _____

Segundo Ayudante _____

Otro(s) Médico(s) _____

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. Notas: 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.** 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.

Pertenece a la RED de Médicos de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.? Si No

En caso de no pertenecer a la RED, acepta el tabulador de la Aseguradora para el pago de sus honorarios? Si No

Nombre y Firma del Médico Tratante