

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