

Formato de Informe Médico

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra 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

Contratante		Fecha	
Nº. de Póliza		Lugar	

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nº de Póliza
Edad	Nº de 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

- Cardíacos _____
- 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 drogas? (especificar tipo y cantidad) _____
- Pérdida no intencional de peso? (especificar cantidad) _____
- Otros _____

Cirugía:

AQ. Antecedentes quirúrgicos

AP. Antecedentes perinatales (si es necesario)

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? Sí No Cuál? _____

El padecimiento ocasionó discapacidad? Sí No Parcial Total

Desde _____ Hasta _____

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí 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? Sí No

Favor de escribir complicaciones _____

Nombre del Hospital	Ciudad	Fecha de Ingreso
		Día Mes Año
Tipo de Estancia		Fecha de Egreso
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria		Día Mes Año

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Nº de Proveedor

RFC

Especialidad

Cédula Profesional

Cédula de Especialidad/Certificación

E-mail

Teléfonos para contactos (con 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?

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

Sí No

Sí No

Nombre y Firma del Médico Tratante