

# Formato de Maternidad Anticipada

Este formato te servirá para solicitar el beneficio de maternidad de forma anticipada; recuerda que podrás solicitarlo a partir del 5° mes de gestación.

**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	

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

## 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 ____	Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:
Prueba Inmunológica de Embarazo (PIE)	Sí ____ No ____	_____
Fecha de última menstruación (FUM)	Día ____ Mes ____ Año ____	_____
Ultrasonografía (semana de gestación 20 o más)	indispensable la prueba y su interpretación: Sí ____ No ____	_____

## Diagnóstico (s)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

¿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

¿Tiene relación con otro padecimiento?  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	<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	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?

Sí  No

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

Sí  No

Nombre y Firma del Médico Tratante