

# Formato de Maternidad Anticipada

Fecha		
Día	Mes	Año

Este formato es requisito para solicitar el beneficio de maternidad de forma anticipada a partir de la semana 20 de gestación (sólo aplica para pólizas individual Alfa Medical y Alfa Medical Internacional).

## 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 renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Nombre de la Asegurada		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad	N° de póliza
<b>Historia clínica</b>		
Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.		
<b>Antecedentes personales patológicos</b>		<b>Antecedentes personales no patológicos</b>
<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"/> ¿Se encuentra en un tratamiento de reproducción asistida? (tipo de tratamiento y tiempo)
<input type="checkbox"/> Hepáticos		<input type="checkbox"/> Gineco-obstétricos
<input type="checkbox"/> Convulsivos		
<input type="checkbox"/> Cirugía(s)		
<input type="checkbox"/> Otros		
<b>Situación actual</b>		
1. Fecha de primeros síntomas	Día Mes Año	Favor de especificar evolución y estado actual: _____ _____ _____
2. Fecha de última menstruación (FUM)	Día Mes Año	
<b>Documentos a presentar:</b>		
Prueba inmunológica de embarazo (PIE) Indispensable presentar ultrasonido y su interpretación en semana de gestación 20 o más.		
_____ Nombre y firma del médico tratante		

<b>Diagnóstico</b>			
Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			
<b>Datos generales del médico tratante</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre (s)	
RFC		Especialidad	
		Cédula profesional	
Cédula de especialidad/Certificación		Correo electrónico	
Tel. consultorio(s) (incluir LADA)		Tel. móvil	

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 imprevistos.

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 de la paciente en caso de requerirlos.

---

Nombre y firma del médico tratante