

Formato de Informe Médico

Indicaciones:

- Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del médico tratante.
- 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.
- 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 a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Datos del asegurado (persona que recibe la atención médica)				
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Edad:
Tipo de evento <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo				
Historia clínica				
Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.				
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos		
<input type="checkbox"/> Cardíacos		<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"/> Perinatales (en caso necesario)		
<input type="checkbox"/> Hepáticos		<input type="checkbox"/> Gineco-obstétricos (cuando aplique)		
<input type="checkbox"/> Convulsivos		<input type="checkbox"/> Otros		
<input type="checkbox"/> Cirugía(s)				
<input type="checkbox"/> Otros				
Padecimiento actual				
Fecha de primeros síntomas del padecimiento	Día	Mes	Año	Especifique los detalles de la evolución y estado actual del padecimiento.
Fecha de primera consulta por este padecimiento	Día	Mes	Año	
Fecha de diagnóstico de este padecimiento	Día	Mes	Año	
Diagnóstico(s)				
1.				
2.				
3.				
Tipo de padecimiento				
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Crónico	
¿Cuánto tiempo? _____				
¿Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
¿El padecimiento ocasionó discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total				
Desde _____ Hasta _____				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Favor de especificar: _____				

Nombre y firma del médico tratante				

Exploración física y resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: cm Peso: kg

Tratamiento

Indicar:

- Tratamiento quirúrgico (especificar procedimiento)
 Tratamiento médico (describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción:

Indicar:

- Programación de tratamiento
 Descripción de tratamiento ya realizado

¿Hubo complicaciones? Sí No

Especificar complicaciones: _____

Nombre del hospital: Ciudad: Fecha de ingreso:
 Día Mes Año

Tipo de estancia: Fecha de egreso:
 Urgencia Hospitalización Corta estancia/Ambulatoria
 Día Mes Año

Para solicitudes de cirugía de traumatología, ortopedia y neurocirugía, deberá llenar adicionalmente la siguiente sección:

1. Técnica quirúrgica planeada:

2. Solicitud de materiales o rentas de equipos médicos:

1. Nombre del proveedor:

Nombre del representante del proveedor:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):

Tel. contacto: Correo electrónico:

	Cantidad	Material	Marca
1			
2			
3			
4			

	Cantidad	Biológicos y/o injertos	Marca
1			
2			
3			
4			

Neuromonitoreo: Sí No Proveedor: _____
 Neuronavegador: Sí No Proveedor: _____
 OARM (Dispositivo de imágenes portátil con un brazo en forma de C): Sí No Proveedor: _____

2. Nombre del proveedor:**Nombre del representante del proveedor:**

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre(s): _____

Tel. contacto: _____ Correo electrónico: _____

	Cantidad	Material	Marca
1			
2			
3			
4			

	Cantidad	Biológicos y/o injertos	Marca
1			
2			
3			
4			

Neuromonitoreo: Sí No Proveedor: _____
 Neuronavegador: Sí No Proveedor: _____
 OARM (Dispositivo de imágenes portátil con un brazo en forma de C): Sí No Proveedor: _____

3. Nombre del proveedor:**Nombre del representante del proveedor:**

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre(s): _____

Tel. contacto: _____ Correo electrónico: _____

	Cantidad	Material	Marca
1			
2			
3			
4			

	Cantidad	Biológicos y/o injertos	Marca
1			
2			
3			
4			

Neuromonitoreo: Sí No Proveedor: _____

Neuronavegador: Sí No Proveedor: _____

OARM (Dispositivo de imágenes portátil con un brazo en forma de C): Sí No Proveedor: _____

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	N° de proveedor:
RFC:	Especialidad:	Cédula profesional:	
Cédula de especialidad/Certificación:		Correo electrónico:	
Teléfonos del consultorio (incluir LADA):		Tel. móvil:	

En caso de programar un tratamiento, indicar nombre(s) y especialidad del(los) médico(s) que participa(n) y su presupuesto de honorarios:

Anestesiólogo: _____

Primer ayudante: _____

Segundo ayudante: _____

Otro(s) médico(s): _____

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.
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 del paciente en caso de requerirlos.

¿Pertenece a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.?
 Sí No

En caso de no pertenecer a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
¿Acepta el tabulador de esta para el pago de honorarios?
 Sí No

Día Mes Año
Fecha: _____

Nombre y firma del médico tratante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de febrero de 2025 con número CGEN-S0038-0017-2025.