

# 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

## 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

<input type="checkbox"/>	Cardiacos	
<input type="checkbox"/>	Hipertensivos	
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/>	Cáncer	
<input type="checkbox"/>	Hepáticos	
<input type="checkbox"/>	Convulsivos	
<input type="checkbox"/>	Cirugía(s)	
<input type="checkbox"/>	Otros	

### Antecedentes personales no patológicos

<input type="checkbox"/>	¿Fuma? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Se encuentra en un tratamiento de reproducción asistida? (tipo de tratamiento y tiempo)
<input type="checkbox"/>	Gineco-obstétricos

## Situación actual

1. Fecha de primeros síntomas	Día Mes Año	Favor de especificar evolución y estado actual:
2. Fecha de última menstruación (FUM)	Día Mes Año	

## Documentos a presentar:

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 de especialidad/Certificación		Cédula profesional	
Tel. consultorio(s) (incluir LADA)		Tel. móvil	
		Correo electrónico	

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