Declaración "B"
Declaración del médico tratante
Incapacidades/ Beneficios en Vida / Pérdidas orgánicas

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas con información completa y detallada.

Datos del asegurado

Nombre del paciente asegurado: apellido paterno, materno, nombre(s)	Edad:	Sexo M ☐ F ☐

Antecedentes personales patológicos del asegurado

Indicar si padeció alguna de las siguientes enfermedades

1.- Soplo en el corazón	Si ☐	No ☐	19.- Pérdida del conocimiento o convulsiones	Si ☐	No ☐
2.- Angina de pecho	Si ☐	No ☐	20.- Transtornos del sistema nervioso	Si ☐	No ☐
3.- Infarto al miocardio	Si ☐	No ☐	21.- Enfermedades de huesos o articulaciones	Si ☐	No ☐
4.- Otras enfermedades en el corazón	Si ☐	No ☐	22.- Hernia de cualquier tipo	Si ☐	No ☐
5.- Hipertensión arterial	Si ☐	No ☐	23.- Enfermedades del sistema reproductor		
6.- Enfermedades respiratorias	Si ☐	No ☐	Útero	Si ☐	No ☐
7.- Úlcera gástrica	Si ☐	No ☐	Ovario	Si ☐	No ☐
8.- Úlcera duodenal	Si ☐	No ☐	Testículo	Si ☐	No ☐
9.- Gastritis o enf. ácido péptica	Si ☐	No ☐	Próstata	Si ☐	No ☐
10.- Hernia hiatal	Si ☐	No ☐	24.- Alguna otra enfermedad	Si ☐	No ☐
11.- Enfermedades de hígado	Si ☐	No ☐	25.- ¿Alguna vez fue hospitalizado?	Si ☐	No ☐
12.- Enfermedades de vesícula biliar	Si ☐	No ☐	26.- En los últimos 24 meses; ¿ha consultado con algún otro médico?	Si ☐	No ☐
13.- Enf. del intestino delgado, colon y recto	Si ☐	No ☐	27.- ¿Estuvo sujeto a cualquier tratamiento médico en los últimos 24 meses?	Si ☐	No ☐
14.- Enfermdade del aparato urinario	Si ☐	No ☐	28.- ¿Se le practicó alguna intervención quirúrgica en los últimos 24 meses?	Si ☐	No ☐
15.- Enfermedades de la vejiga	Si ☐	No ☐			
16.- Diabetes	Si ☐	No ☐			
17.- Tumores	Si ☐	No ☐			
18.- Cáncer	Si ☐	No ☐			

En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las anteriores, dar amplia información:

No. Pregunta	Nombre enfermedad o lesión y tratamiento farmacológico o quirúrgico	Fecha	Evolución

Información sobre el padecimiento o lesión actual

Causa del padecimiento: Accidente ☐ Enfermedad ☐

En caso de accidente describa cómo y dónde ocurrió:

Fecha en que se atendió por primera vez el paciente con respecto al padecimiento o accidente :	
Fecha en que se atendió por primera vez al paciente con respecto a este padecimiento o accidente:	
Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos del padecimientoo fecha en que ocurrió el accidente:	

Principales signos y síntomas: _____

¿ Se le realizaron estudios de laboratorio o gabinete? Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles?

Fechas y resultados de los estudios de laboratorio o gabinete: _____

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 __ de _____ de ____, con el número _____.

Diagnóstico definitivo de la enfermedad o de las lesiones sufridas:

Evolución que ha ido teniendo el padecimiento o lesión:

Estuvo hospitalizado: Sí ☐ No ☐ No. de días _____		Mencione en qué fecha:	
Hospital en que fue atendido:			
La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad:	Sí ☐	No ☐	Fecha de inicio de la incapacidad
Qué tipo de incapacidad:	Parcial ☐	Total ☐	Desde:
La incapacidad es de carácter:	Temporal ☐	Definitiva ☐	Hasta:

Estado actual del paciente:

Enfermedades, estados patológicos o antecedentes, si existiera alguno, que dieron origen a la enfermedad principal:

Datos del médico tratante

Nombre del médico tratante:		
Especialidad:		No. Cédula profesional
Domicilio:	Localidad:	C.P.:
Estado:	Teléfono:	Radio bip:

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el finado, a que otorguen a **Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V.** los informes que se refieran la evolución de la salud del mismo. Inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del expediente clínico.

Lugar y fecha:

Firma del médico tratante

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este cuestionario invalidará toda responsabilidad de la Compañia