

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 para el trámite seleccionado y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y sin posibilidad de modificar lo aquí declarado con posterioridad.
- 3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life S.A. de C.V. no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

I. Datos de la madre Asegurada			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo ☐ M ☐ H ☐ Edad
Historia clínica			
Última fecha de menstruación (FUM)		Día	Mes Año
Fecha probable de parto		Día	Mes Año
Semanas de gestación			
Detallar 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	
☐	Cardiacos	☐	¿Fumas? (cantidad)
☐	Hipertensivos	☐	¿Consumes bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
☐	Diabetes Mellitus	☐	¿Consumes o has consumido drogas? (tipo y cantidad)
☐	VIH/SIDA	☐	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
☐	Cáncer		
☐	Hepáticos		
☐	Convulsivos		
☐	Cirugía(s)		
☐	Otros		
Responde la cantidad de eventos:			
Embarazos		Partos	
Abortos		Cesáreas	
¿La persona Asegurada ha recibido un tratamiento de reproducción asistida? Sí ☐ No ☐			
En caso de haber llevado un tratamiento de reproducción asistida, favor de detallar:			
Indicar si cuenta con alguna patología materna o fetal agregada: Sí ☐ No ☐			
En caso de contar con alguna patología materna o fetal, favor de detallar:			
Diagnóstico (detallar la evolución y situación actual)			
Exploración física y resultados de estudios relevantes (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			
Talla: ____ cm Peso: ____ kg			
Tratamiento			
Favor de indicar:		Favor de indicar:	
☐ Tratamiento quirúrgico (favor de especificar procedimiento)		☐ Programación de tratamiento	
☐ Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)		☐ Descripción del tratamiento ya realizado	
Descripción:			
¿Hubo complicaciones? Sí ☐ No ☐ Favor de especificar complicaciones:			

Nombre del hospital	Ciudad	Fecha de ingreso	Día	Mes	Año
Tipo de estancia	☐ Urgencia ☐ Hospitalización	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	Correo Electrónico	Teléfonos del consultorio		Tel. móvil	

En caso de programar un tratamiento, favor de 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 te 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 refieren 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.		
¿Aceptas el tabulador de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para el pago de honorarios?	Sí ☐	No ☐

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 11 de febrero de 2026, con el número CGEN-S0038-0005-2026.