

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 <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	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	
<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"/>	¿Fumas? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consumes bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consumes o has consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)

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:

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

Favor de indicar:

- Programación de tratamiento
- 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	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> 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: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

 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 mayo de 2026, con el número CNSF-CGEN-S0038-0018-2026.