

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 Accidente Enfermedad 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

<input type="checkbox"/> Cardíacos	
<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"/> ¿Consumo bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/> ¿Consumo o ha consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/> ¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
<input type="checkbox"/> Perinatales (en caso necesario)
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétricos (cuando aplique)
<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

Congénito Agudo Adquirido Crónico

¿Cuánto tiempo? _____

¿Tiene relación con otro padecimiento? Sí No ¿Cuál? _____

¿El padecimiento ocasionó discapacidad? Sí No Parcial Total

Desde _____ Hasta _____

¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Sí No

Favor de especificar: _____

Nombre y firma del médico tratante



**SEGUROS
MONTERREY**

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:	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Corta estancia/Ambulatoria	Fecha de egreso: 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			



**SEGUROS
MONTERREY**

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			



**SEGUROS
MONTERREY**

	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

Día Mes Año
Fecha: _____

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

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.



**SEGUROS
MONTERREY**