

# 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:
<b>Tipo de evento</b> <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo				
<b>Historia clínica</b>				
Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.				
<b>Antecedentes personales patológicos</b>			<b>Antecedentes personales no patológicos</b>	
<input type="checkbox"/>	Cardíacos		<input type="checkbox"/>	¿Fuma? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	Hipertensivos		<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA		<input type="checkbox"/>	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	Cáncer		<input type="checkbox"/>	Perinatales (en caso necesario)
<input type="checkbox"/>	Hepáticos		<input type="checkbox"/>	Gineco-obstétricos (cuando aplique)
<input type="checkbox"/>	Convulsivos		<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Cirugía(s)			
<input type="checkbox"/>	Otros			
<b>Padecimiento actual</b>				
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	
<b>Diagnóstico(s)</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Tipo de padecimiento</b>				
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Crónico				
¿Cuánto tiempo? _____				
¿Tiene relación con otro padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
¿El padecimiento ocasionó discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total				
Desde _____ Hasta _____				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Favor de especificar: _____				
<div style="text-align: right;">           _____            Nombre y firma del médico tratante         </div>				

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			

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			

	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

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

Día Mes Año  
 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 13 de febrero de 2025 con número CGEN-S0038-0017-2025.**