

FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día | Mes | Año

CONTRATANTE No. PÓLIZA LUGAR

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad Sexo F M No. de Póliza Certificado

TIPO DE EVENTO

Accidente Enfermedad Embarazo

HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos

Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardiacos
- Hipertensivos
- Diabetes Mellitus
- VIH / SIDA
- Cáncer
- Hepáticos
- Convulsivos
- Otros:

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad)
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad)
- Pérdida no intencional de peso? (describir)
- Otros:

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día | Mes | Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día | Mes | Año

Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

DIAGNÓSTICO (S)

1)
2)
3)

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Agudo Adquirido Crónico

Cuánto tiempo?

Tiene relación con otro padecimiento? Si No Cuál?

El padecimiento ocasionó incapacidad? Si No Parcial Total

Desde Hasta

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Si No

Favor de especificar _____

EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla _____ Peso _____

TRATAMIENTO

Favor de indicar: Programación de tratamiento Descripción de tratamiento ya realizado

Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)

Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción

Hubo complicaciones? Si No

Favor de describir complicaciones: _____

Nombre del Hospital _____ Ciudad _____ Fecha de Ingreso _____
Tipo de estancia Urgencia Hospitalización Corta Estancia/Ambulatoria Fecha de Egreso _____

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____ No. de Proveedor _____
RFC _____ Especialidad _____
Cédula Profesional _____ Cédula de la Especialidad / Certificación _____
E-mail _____ Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA _____

En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:

Anestesiólogo _____
Primer Ayudante _____
Segundo Ayudante _____
Otro(s) Médico(s) _____

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. Notas: 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. 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 imprevistos.

Pertenece a la RED de Médicos de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.? Si No

En caso de no pertenecer a la RED, acepta el tabulador de la Aseguradora para el pago de sus honorarios? Si No

Nombre y Firma del Médico Tratante