

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

- ☐ Cardíacos _____
- ☐ 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

Día

Mes

Año

Tipo de estancia

☐ Urgencia

☐ Hospitalización

☐ Corta Estancia/Ambulatoria

Fecha de Egreso

Día

Mes

Año

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 improcedentes.

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