

Formato de Maternidad Anticipada

Fecha		
Día	Mes	Año

Este formato es requisito para solicitar el beneficio de maternidad de forma anticipada a partir de la semana 20 de gestación (sólo aplica para pólizas individual Alfa Medical y Alfa Medical Internacional).

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 y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. 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 renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Nombre de la Asegurada		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad	N° de póliza
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		Antecedentes personales no patológicos
<input type="checkbox"/> Cardiacos		<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"/> ¿Se encuentra en un tratamiento de reproducción asistida? (tipo de tratamiento y tiempo)
<input type="checkbox"/> Hepáticos		<input type="checkbox"/> Gineco-obstétricos
<input type="checkbox"/> Convulsivos		
<input type="checkbox"/> Cirugía(s)		
<input type="checkbox"/> Otros		
Situación actual		
1. Fecha de primeros síntomas	Día Mes Año	Favor de especificar evolución y estado actual: _____ _____ _____
2. Fecha de última menstruación (FUM)	Día Mes Año	
Documentos a presentar:		
Prueba inmunológica de embarazo (PIE) Indispensable presentar ultrasonido y su interpretación en semana de gestación 20 o más.		
_____ Nombre y firma del médico tratante		

Diagnóstico			
Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			
Datos generales del médico tratante			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre (s)	
RFC		Especialidad	
		Cédula profesional	
Cédula de especialidad/Certificación		Correo electrónico	
Tel. consultorio(s) (incluir LADA)		Tel. móvil	

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.

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 de la paciente en caso de requerirlos.

Nombre y firma del médico tratante