

Informe Médico

(Debe ser contestado por el Médico Tratante)

MetLife®

Datos del Paciente

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____
Accidente Enfermedad Embarazo Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente ó embarazo _____
Edad _____ Sexo _____ Causa de reclamación _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Antecedentes Clínicos

Antecedentes Personales Patológicos _____

Antecedentes Quirúrgicos _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos _____

Mencione las afecciones más importantes que padezca aunque no tenga relación con la presente reclamación

Si No

¿El paciente fue referido por otro médico?

Nombre del otro médico _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Especialidad _____

Padecimiento Actual

Principales signos y síntomas _____

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos _____

Día _____ Mes _____ Año _____

El padecimiento es:

Congénito

Adquirido

Con una evolución de:

1 a 30 Días

1 a 3 Meses

3 a 6 Meses

6 a 12 Meses

Más de un año

Más de dos años

Estudios de laboratorio y gabinete practicados _____

Impresión Diagnóstica _____

Diagnóstico Definitivo _____

Indique el tratamiento y/o intervención quirúrgica _____

Complicaciones _____

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (Cirujano, ayudantes y anestesiólogo) _____

Interconsultas, indicar especialidad y fechas _____

Hoja 1 de 2

Padecimiento actual (continuación)Le fue practicado algún otro tx Médico: Si No

En caso afirmativo mencionar:

Nombre del Médico: _____

Especialidad: _____

Estado actual del paciente:

A la fecha continúa recibiendo tx Médico o en futuro: Si No

En caso afirmativo mencione:

Qué clase de tratamiento se encuentra siguiendo: _____

Duración del tratamiento: _____

Fecha estimada de alta del paciente:

En caso de hospitalización

Nombre del hospital: _____

Fecha de ingreso: _____

Día Mes Año

Fecha de intervención quirúrgica _____

Día Mes Año

Fecha de alta _____

Día Mes Año

Si No Parcial Total

La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad

Desde _____

Día Mes Año

Hasta _____

Día Mes Año

Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Domicilio _____

Telefono _____

Cédula Profesional _____

R.F.C. _____

Radio Bip y Celular _____

Requisitar sólo en caso de Programación de CirugíaTiene convenio con la Aseguradora: Si No

* Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la compañía Aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.

Si No

Cirujano \$ _____

Ayudante(s) \$ _____

Anestesiólogo \$ _____

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico _____

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía _____

Entidad _____

Fecha exacta de la cirugía _____

Día Mes Año

Nota: Como médico tratante autorizó a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A., todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Lugar y fecha _____

Firma del Médico tratante _____

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la Institución.