

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 _____

G _____ P _____ A _____ C _____ Indicar causa _____

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 _____ 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.