

Informe Médico

(Debe ser contestado por el Médico Tratante)



Datos del Paciente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)				
Edad	Sexo	Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>	Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente ó embarazo	Día	Mes	Año
Causa de reclamación						

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 _____ El padecimiento es: Congénito Adquirido
Día Mes Año
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

Desde _____ Día Mes Año

Hasta _____ Día Mes Año

La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad

Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Cédula Profesional: _____ R.F.C.: _____

Radio Bip y Celular: _____

Requerir 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

Entidad _____

Fecha exacta de la cirugía: _____

Día Mes Año

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía

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.