

Informe médico

Este formato deberá ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta.

Se debe actualizar cada 6 meses o en caso de que se cambie de médico tratante o el tratamiento o padecimiento sean modificados.

Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

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.

Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Lugar y fecha: _____

Día	Mes	Año

1. Datos del paciente

Nombre completo: _____									
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Causa de reclamación:	Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>						
Edad	Femenino <input type="checkbox"/>		Segunda valoración <input type="checkbox"/>						
	Otro <input type="checkbox"/>								
Peso: _____	Talla: _____								
Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo.									
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>							Día	Mes	Año
Día	Mes	Año							

2. Antecedentes clínicos de importancia

Historia clínica breve: _____			
Antecedentes personales patológicos: _____			
Antecedentes quirúrgicos: _____			
Antecedentes gineco-obstétricos (especificar si ha recibido tratamiento para infertilidad):			
G <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:			

3. Padecimiento actual

a) Principales signos, síntomas y detalle de la evolución: _____

Fecha de inicio de principales signos y síntomas: _____
Día Mes Año

b) Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐

Tiempo de evolución _____

Causa / etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión): _____

c) Exploración física, estudios de laboratorio y gabinete practicados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):

Detallar resultados de exploración física, estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido: _____

d) Diagnóstico etiológico definitivo: _____ Código CIE _____

e) Fecha de diagnóstico: _____
Día Mes Año

f) Fecha de inicio de tratamiento: _____
Día Mes Año

g) ¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____

h) Indicar el tratamiento y/o intervención quirúrgica (especificar CPT, sólo como referencia): _____

i) Descripción de la técnica: _____

j) ¿Utilizó equipo especial para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: _____

k) ¿Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: _____

l) En caso de presentarse complicaciones, indicar cuáles fueron: _____

m) Estado actual del paciente: _____

n) ¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento? Sí ☐ No ☐

Describir tratamiento y duración del mismo _____

o) Fecha probable de alta o prealta: _____
Día Mes Año

4. En caso de hospitalización

Nombre de hospital _____

Tipo de ingreso Urgencia ☐ Ingreso hospitalario ☐ Corta estancia / ambulatoria ☐

Fecha de ingreso _____ Fecha de intervención _____ Fecha de egreso _____
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

5. Observaciones adicionales

En caso de tener observaciones o comentarios adicionales, agregarla: _____

6. Equipo quirúrgico (campos obligatorios con datos correctos, en caso de que aplique)

En caso de procedimiento que requiera participación de otros profesionales de la salud, detallar.

a) Anestesiólogo

Nombre completo _____

Cédula profesional especialidad _____

Número celular _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Correo electrónico _____@_____

b) Primer ayudante

Nombre completo _____

Cédula profesional especialidad _____

Número celular _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Correo electrónico _____@_____

c) Otro, especificar tipo de participación: _____ **Especialidad** _____

Nombre completo _____

Cédula profesional especialidad _____

Número celular _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Correo electrónico _____@_____

d) Otro, especificar tipo de participación: _____ **Especialidad** _____

Nombre completo _____

Cédula profesional especialidad _____

Número celular _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Correo electrónico _____@_____

7. Datos del médicoEspecificar tipo atención al paciente Médico tratante ☐ Cirujano principal ☐ Interconsultante ☐Equipo quirúrgico ☐ Segunda valoración ☐

Nombre completo _____

Especialidad _____

Domicilio consultorio _____

Teléfono del consultorio _____

Cédula profesional especialidad _____

Número celular _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Correo electrónico _____@_____

Correo electrónico _____

Acepto que ante cualquier duda o requerimiento de información sobre este paciente me sea contactado inclusive por medios digitales.

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio): Sí ☐ No ☐

Los honorarios médicos de los profesionales que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos correspondientes para el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

Acepto los tabuladores de pago directo de MetLife en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento. Sí ☐ No ☐

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cirujano	Anestesiólogo	Primer ayudante	Otro _____	Otro _____

Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A. de C.V., 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.

MetLife México, S.A. de C.V., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, puedes contactarnos al correo electrónico nuevaformadepago@metlife.com.mx Si tienes alguna duda, queja o sugerencia sobre algún pago, puedes contactarnos al correo electrónico contactoproveedores@metlife.com.mx Así mismo para mayor información puedes dirigirte a <https://www.metlife.com.mx/proveedores/gastos-medicos/>

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

A la presentación de este documento en forma física o digital a MetLife México, S.A. de C.V., se da por aceptado que la información aquí descrita es veraz y fidedigna, estando sujeta a lo establecido en las condiciones generales del contrato de seguro y de los alcances legales de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En caso de inexactas o falsas declaraciones proporcionadas en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

Con la firma del presente, en mi carácter de médico tratante, confirmo haber otorgado al paciente y/o al Asegurado titular información suficiente, clara, oportuna y veraz acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico sobre el padecimiento aquí expuesto.

La aseguradora se reserva el derecho a confirmar la información contenida en el presente documento con el médico tratante firmante, así como a solicitar su ratificación o convalidación mediante firma autógrafa.

Nombre completo y firma autógrafa del médico tratante

8. Aviso de privacidad de MetLife México, S.A. de C.V.

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A. de C.V., ubicada en Avenida Insurgentes Sur 1457, piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, Ciudad de México.

II. Finalidades. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la Ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, verificar tu identidad, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de Seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial. **III. Medios para ejercer tus derechos.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a privacidad@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad.

IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos. Si deseas que tus datos no sean tratados o transferidos con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios.

V. Transferencia de datos. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para darte un servicio o tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral para verificar tu identidad, a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial; así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines.

VI. Cambios al aviso de privacidad. Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.