

(Debe ser contestado por el Médico Tratante)
Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información completa y detallada. Lugar y fecha _____

I. Datos del Paciente

Nombre Completo: _____

Sexo

Edad _____

Femenino ☐

Masculino ☐

Causa de reclamación

Accidente ☐

Enfermedad ☐

Embarazo ☐

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo _____

II. Antecedentes Clínicos

Historia Clínica Breve: _____

Antecedentes Personales Patológicos: _____

Antecedentes Quirúrgicos: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

G _____

P _____

A _____

C _____

Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación: _____

¿El paciente fue referido por otro médico?

Si ☐

No ☐

Nombre del otro médico _____

Especialidad _____

Teléfono _____

III. Padecimiento Actual

1) Principales signos y síntomas: _____

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos _____

2) 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 ☐

Causa / etiología del padecimiento: _____

3) Estudios de laboratorio y gabinete practicados: _____

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

MetLife México, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.
CC-1-020

Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00 MetLife (6385433)

VER. 1

8) Estado actual del paciente: _____

9) A la fecha el paciente continúa recibiendo tx Médico o en futuro: Si ☐ No ☐

¿Qué clase de tratamiento se encuentra en seguimiento? _____ Duración del tratamiento _____

Nombre de los Médicos participantes en el tratamiento y especialidad: _____

10) En caso de accidente, descripción breve del evento: _____

11) Fecha probable de alta o prealta: _____

IV. 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

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez? Si ☐ No ☐

Parcial ☐ Total ☐

Desde

Día Mes Año

Hasta

Día Mes Año

V. Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico _____ Especialidad _____

Domicilio _____

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

Radio Bip y Celular _____ Correo Electrónico _____

VI. Datos complementarios

Tiene convenio con la Aseguradora (Campo obligatorio): Si ☐ No ☐

Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos previamente convenidos con la Red Médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

*Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la Aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.
Si ☐ No ☐

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Cirujano Ayudante (s) Anestesiólogo

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía Entidad Fecha exacta de la cirugía

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.

Nota: MetLife México, S.A solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no ha realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comuníquese al tel. 5328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la Republica 01-800-702-1600 ó 01-800-00 MetLife (638-54-33).

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Nombre y 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.

CC-1-020

VER. 1