

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			
		Causa de reclamación					Día	Mes	Año
Antecedentes Clínicos									
Antecedentes Personales Patológicos									
Antecedentes Quirúrgicos									
G _____ P _____ A _____ C _____ Indicar causa _____									
Antecedentes Gineco-Obstétricos									
Mencione las afecciones más importantes que padezca aunque no tenga relación con la presente reclamación									
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
¿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 <input type="checkbox"/>	Adquirido <input type="checkbox"/>	
Con una evolución de:	1 a 30 Días <input type="checkbox"/>	1 a 3 Meses <input type="checkbox"/>	3 a 6 Meses <input type="checkbox"/>	6 a 12 Meses <input type="checkbox"/>	Más de un año <input type="checkbox"/>	Más de dos años <input type="checkbox"/>			
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									

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: _____ Fecha de intervención quirúrgica _____ Fecha de alta _____
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes AñoSi No Parcial Total Desde _____ Hasta _____
La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad Día Mes Año Día Mes Año**Datos del Médico Tratante**

Nombre del Médico _____ Especialidad _____

Domicilio _____

Telefono _____ Cédula Profesional _____ R.F.C. _____

Radio Bip y Celular _____

Requisar 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.