

(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: _____

Edad _____ Sexo 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? Sí 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: _____

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A. (en lo sucesivo "MetLife"), se encuentra ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios financieros. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos patrimoniales o financieros, y datos sensibles (ejemplo: estado de salud). **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. Para conocer los requisitos y plazos puedes visitar nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada. **IV. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS PERSONALES.** Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o servicios puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad el cual encontrarás en el vínculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podremos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para cumplir las finalidades previstas en este aviso de privacidad. **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad puedes ingresar a nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

Padecimiento actual (continuación)

Complicaciones: _____

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (Cirujano, ayudantes y anestesiólogo):

4) Impresión Diagnóstica: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

5) Indique el tratamiento y/o intervención quirúrgica: _____

Descripción de la Técnica: _____

Utilizó equipo especial para el procedimiento: No Sí Detallar: _____

Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento: No Sí Detallar: _____

6) Interconsultas

Nombre Interconsultante	Especialidad	Médico Red (Indicar Sí / No)	Fechas	Descripción breve de participación

7) Le fue practicado al paciente algún otro tx Médico Si No

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

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 Fecha de intervención quirúrgica Fecha de alta

Día Mes Año
 Día Mes Año
 Día Mes Año

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez? Si No

Parcial Total

Desde Hasta

Día Mes Año
 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.