

# Manual de llenado

## Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado del formato informe médico.

Hoja 1



### Informe médico

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios (debe ser contestado por el médico tratante).

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información completa y detallada.

1 Lugar y fecha \_\_\_\_\_

1 Indica la fecha y lugar de atención del paciente.

Indica el nombre completo del paciente.

2

2 Nombre completo: \_\_\_\_\_

Indica la edad del paciente.

3

3 Edad \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Causa de reclamación: Accidente  Enfermedad  Embarazo

4 Femenino

5

4 Indica el género del paciente.

Indica la fecha en la que el paciente recibió la primera atención por el padecimiento/accidente.

6

6 Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo. \_\_\_\_\_

5 Indica el motivo de la atención del paciente.

Indica la historia clínica del paciente de manera breve.

7

#### II. Antecedentes clínicos

Historia clínica breve: \_\_\_\_\_

Indica los padecimientos que ha sufrido el paciente.

8

Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_

Indica si el paciente ha recibido algún tratamiento quirúrgico.

9

Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Indica si el paciente ha tenido algún padecimiento gineco-obstétrico (si aplica).

10

Antecedentes gineco-obstétricos: G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_ C \_\_\_\_

Menciona los padecimientos más importantes que el paciente padezca o haya padecido sin importar la relación al padecimiento actual.

11

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

12 Indica si algún otro médico canalizó al paciente con el médico actual.

¿El paciente fue referido por otro médico? 12 Sí  No

Describe los principales signos/síntomas del padecimiento actual.

14

14 1) Principales signos y síntomas: \_\_\_\_\_

13 Proporciona los datos si algún otro médico atendió al paciente antes del médico actual.

Nombre del otro médico 13 Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Indica la fecha en la que iniciaron los síntomas.

15

15 Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos: \_\_\_\_\_

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555328 7000, Lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

# Manual de llenado

## Informe médico

### Hoja 2

Indica cuánto tiempo tiene la evolución del padecimiento actual.

Menciona los estudios realizados para el padecimiento actual.

Detalla las observaciones de los estudios realizados en el paciente.

Indica cuál es el diagnóstico etiológico definitivo.

Describe cuál será el tratamiento médico o intervención que se realizará.

2) El padecimiento es: Congénito  Adquirido  **16**

**17** 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: **18**

**19** 3) Estudios de laboratorio y gabinete practicados:

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

**20**

#### Aviso de privacidad de MetLife México, S.A

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

**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, 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 o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. 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.

**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](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://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](http://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 tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial.

**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](http://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.

#### Padecimiento actual (continuación)

4) Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

**21** Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

**22** 5) Indica el tratamiento y/o intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

**16** Indica si el padecimiento es congénito (desde el nacimiento) o adquirido.

**18** Indica causa/origen del padecimiento.

# Manual de llenado

## Informe médico

### Hoja 3

Detalla si se requerirá instrumental o insumos médicos especiales para el tratamiento del paciente.

Indica qué materiales fueron utilizados para el procedimiento.

Describe línea por línea las interconsultas que recibió el paciente durante su estancia en el hospital.

Indica si el paciente recibió otro tratamiento médico para el padecimiento actual. Escribe el nombre y especialidad del médico.

Indica si el paciente actualmente está recibiendo algún tratamiento médico o está pendiente de recibirlo y cuál será su duración.

Proporciona, si la atención médica es a causa de un accidente, una breve descripción de qué, cómo y cuando ocurrió el accidente.

Descripción de la técnica: **23**

---



---



---

**24** Utilizó equipo especial para el procedimiento: No  Sí  Detallar: \_\_\_\_\_

**25** Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento: No  Sí  Detallar: \_\_\_\_\_

Complicaciones: **26**

---



---

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (cirujano, ayudantes y anestesiólogo): **27**

---



---

**28** 6) Interconsultas

| Nombre interconsultante | Especialidad | Médico red (indicar Sí / No) | Fechas | Descripción breve de participación |
|-------------------------|--------------|------------------------------|--------|------------------------------------|
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |
|                         |              |                              |        |                                    |

**29** 7) ¿Le fue practicado al paciente algún otro tx médico? Sí  No

Nombre del otro médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

**30** 8) Estado actual del paciente: \_\_\_\_\_

---



---

**31** 9) ¿A la fecha el paciente continúa recibiendo tx médico o en futuro? Sí  No

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

Nombre de los médicos participantes en el tratamiento y especialidad: **32**

---



---

**33** 10) En caso de accidente, descripción breve del evento: \_\_\_\_\_

---



---

**34** 11) Fecha probable de alta o prealta: \_\_\_\_\_

**23** Detalla de manera técnica el procedimiento quirúrgico.

**26** Detalla, en caso de que existieran, las complicaciones del procedimiento.

**27** Indica los nombres de los médicos participantes en la intervención (cirujano, ayudante y anestesista).

**30** Describe el estado actual del paciente sobre la atención médica recibida.

**32** Indica, si el paciente está recibiendo tratamiento médico, los nombres y especialidades de los médicos tratantes.

**34** Menciona, si el paciente se hospitaliza o esta hospitalizado, la fecha probable de su alta.

# Manual de llenado

## Informe médico

### Hoja 4

**IV. En caso de hospitalización** 35

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso 36      Fecha de intervención quirúrgica 37      Fecha de alta 38

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez? 39

Parcial  Total  40

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

|     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

**V. Datos del médico tratante**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ 41      Especialidad \_\_\_\_\_ 42

Domicilio \_\_\_\_\_ 43

Teléfono \_\_\_\_\_ 44      Cédula profesional \_\_\_\_\_ 45      Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ 46

Celular \_\_\_\_\_ 47      Correo electrónico \_\_\_\_\_ 47

**VI. Datos complementarios**

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio): 48      Sí  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. 49      Sí  No

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

|  |  |  |
|--|--|--|
| \$ _____ <span style="float: right;">50</span> | \$ _____ <span style="float: right;">51</span> | \$ _____ <span style="float: right;">52</span> |
| Cirujano                                       | Ayudante(s)                                    | Anestesiólogo                                  |

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía 53      Entidad \_\_\_\_\_ 54      Fecha exacta de la cirugía \_\_\_\_\_ 55

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 has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comunícate al teléfono 555328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la República 800-005-3287 ó 800-00 METLIFE (638-5433).

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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante 56

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

Indica la fecha de hospitalización, 2 dígitos para día y mes, y 4 para el año. 36

Indica si la enfermedad o accidente ocasionó invalidez parcial o total. 39

Indica el nombre completo del médico tratante. 41

Indica el domicilio de atención (consultorio). 43

Indica el teléfono para contactar, de ser necesario, al médico tratante. 44

Indica si el médico tratante tiene convenio con MetLife. 48

Marca la casilla sí, si el médico se ajusta a los tabuladores de pago directo de MetLife. 49

Indica los honorarios del cirujano en caso de que no se ajuste al tabulador. 50

Indica el nombre del hospital en donde se realizará el procedimiento quirúrgico. 53

Indica la ubicación del hospital. 54

Indica fecha exacta de la cirugía. 55

Indica el nombre del hospital, si el paciente estuvo, está, o va a ser internado. 35

Indica la fecha de la intervención quirúrgica. 37

Indica la fecha de alta del paciente 38

Menciona el periodo de invalidez. 40

Indica la especialidad del médico tratante. 42

Agrega la cédula profesional del médico tratante. 45

Indica R.F.C. del médico tratante, de preferencia con homoclave. 46

Proporciona el correo electrónico del médico tratante. 47

Indica los honorarios de ayudante(s). 51

Indica los honorarios de anestesiólogo. 52

Nombre y firma del médico tratante. 56