

(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?

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](http://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](http://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](http://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.