

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.

Lugar y fecha _____

I. Datos del paciente

Nombre completo: _____

Sexo: Masculino Causa de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo
Edad _____ Femenino

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 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 o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet 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 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 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: _____

Diagnóstico definitivo: _____

5) Indica 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: _____

Complicaciones: _____

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

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? Sí No

Nombre del otro médico _____ Especialidad _____

8) Estado actual del paciente: _____

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: _____

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? Sí No

Parcial Total

Desde _____
Día Mes Año

Hasta _____
Día Mes Año

V. Datos del médico tratante

Nombre del médico

Especialidad

Domicilio

Teléfono

Cédula profesional

Registro Federal de Contribuyentes

Celular

Correo electrónico

VI. Datos complementarios

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio): 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. Sí 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 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

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