


Manual de llenado

Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.



Informe médico

Este formato deberá ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta.

Se debe actualizar cada 6 meses o en caso de que se cambie de médico tratante o el tratamiento o padecimiento sean modificados.

Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Lugar y fecha: _____

1

2. Datos del paciente

Nombre completo: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Edad: _____

Causa de reclamación: Accidente Enfermedad Embarazo

Segunda valoración

Peso: _____ Talla: _____

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

3

2. Antecedentes clínicos de importancia

Historia clínica breve: _____

Antecedentes personales patológicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes gineco-obstétricos (especificar si ha recibido tratamiento para infertilidad): G P A C

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

4

5

6

7

8

9

10

MetLife México, S.A. de C.V., 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

CC-1-020 VER. 6 1 de 4

Indica el nombre, la edad y género del paciente.

Indica el peso y la talla del paciente.

Indica la historia clínica del paciente de manera breve.

Indica los padecimientos que ha sufrido el paciente.

Indica si el paciente ha recibido alguna cirugía.

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

Indica el lugar y fecha de la atención actual del paciente.

Indica el motivo de la atención del paciente.

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

Menciona los padecimientos más importantes que el paciente padezca o haya padecido, sin importar si tienen o no relación con el padecimiento actual.

Manual de llenado Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Describe los principales signos/síntomas del padecimiento actual, así como la fecha en la que iniciaron.

11

Indica el tiempo de evolución del padecimiento actual.

13

Menciona los estudios realizados.

15

Proporciona la información relacionada con el diagnóstico etiológico definitivo.

16

Describe el tipo de atenciones relacionadas con el tratamiento del paciente.

18

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

20

Indica la fecha de la probable alta (o prealta). 2 dígitos para día y mes, y 4 para el año.

21

En este apartado, podrás especificar algún comentario en particular del padecimiento, tratamiento o atenciones del paciente.

23

3. Padecimiento actual		
a) Principales signos, síntomas y detalle de la evolución: _____		
Fecha de inicio de principales signos y síntomas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
b) Tipo de padecimiento: Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>		
Tiempo de evolución: _____		
Causa / etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión): _____		
c) Exploración física, estudios de laboratorio y gabinete practicados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico): Detallar resultados de exploración física, estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido: _____		
d) Diagnóstico etiológico definitivo: _____ Código CIE _____		
e) Fecha de diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> f) Fecha de inicio de tratamiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
g) ¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál? _____		
h) Indicar el tratamiento y/o intervención quirúrgica (especificar CPT, sólo como referencia): _____		
i) Descripción de la técnica: _____		
j) ¿Utilizó equipo especial para el procedimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar: _____		
k) ¿Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar: _____		
l) En caso de presentarse complicaciones, indicar cuáles fueron: _____		
m) Estado actual del paciente: _____		
n) ¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Describir tratamiento y duración del mismo _____		
o) Fecha probable de alta o prealta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
5. En caso de hospitalización		
Nombre de hospital _____		
Tipo de ingreso Urgencia <input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria <input type="checkbox"/>		
Fecha de ingreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de intervención <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de egreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
6. Observaciones adicionales		
En caso de tener observaciones o comentarios adicionales, agregaría: _____		

2 de 4

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

12

Indica la causa que provoca el padecimiento actual y si tiene relación o no con algún otro padecimiento.

14

Indica la fecha en la que inicia el tratamiento médico o quirúrgico para el padecimiento actual.

17

Indica si se presentaron complicaciones derivadas del padecimiento actual o su tratamiento.

19

Indica el nombre completo del hospital, si el paciente estuvo, está, o va a ser internado. Así como el tipo de ingreso y las fechas (2 dígitos para el día y mes, y 4 para el año).

22

Manual de llenado Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

24 Indica la información de los médicos participantes en la atención del paciente (cirujanos, ayudante y anestesista).

Esta información es importante pues nos ayudará en agilizar el pago al equipo.

24

25

26

27

28

7. Equipo quirúrgico (campos obligatorios con datos correctos, en caso de que aplique)
En caso de procedimiento que requiera participación de otros profesionales de la salud, detallar.

a) Anestesiólogo
Nombre completo _____ Cédula profesional especialidad _____
Número celular _____ Registro Federal de Contribuyentes _____ Correo electrónico _____

b) Primer ayudante
Nombre completo _____ Cédula profesional especialidad _____
Número celular _____ Registro Federal de Contribuyentes _____ Correo electrónico _____

c) Otro, especificar tipo de participación: _____ Especialidad _____
Nombre completo _____ Cédula profesional especialidad _____
Número celular _____ Registro Federal de Contribuyentes _____ Correo electrónico _____

d) Otro, especificar tipo de participación: _____ Especialidad _____
Nombre completo _____ Cédula profesional especialidad _____
Número celular _____ Registro Federal de Contribuyentes _____ Correo electrónico _____

8. Datos del médico

Especificar tipo atención al paciente Médico tratante Cirujano principal Interconsultante
Equipo quirúrgico Segunda valoración

Nombre completo _____ Especialidad _____
Domicilio consultorio _____ Teléfono del consultorio _____
Cédula profesional especialidad _____ Número celular _____ Registro Federal de Contribuyentes _____
Correo electrónico _____

Acepto que ante cualquier duda o requerimiento de información sobre este paciente me sea contactado inclusive por medios digitales.

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

Los honorarios médicos de los profesionales que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos correspondientes para el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

Acepto los tabuladores de pago directo de MetLife 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	_____	_____	_____	_____	_____
Anestesiólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Primer ayudante	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____

3 de 4

Indica la información del médico que completa este formato.

Indica si el médico tratante tiene convenio con MetLife

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

Indica los honorarios del cirujano, anestesiólogo y ayudantes en caso de que no se ajuste el tabulador.

Manual de llenado Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A. de C.V., 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.

MetLife México, S.A. de C.V., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, puedes contactarnos al correo electrónico nuevoformadepago@metlife.com.mx. Si tienes alguna duda, queja o sugerencia sobre algún pago, puedes contactarnos al correo electrónico contactoproveedores@metlife.com.mx. Así mismo para mayor información puedes dirigirte a <https://www.metlife.com.mx/proveedores/gastos-medicos/>

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.

A la presentación de este documento en forma física o digital a MetLife México, S.A. de C.V., se da por aceptado que la información aquí descrita es veraz y fidedigna, estando sujeta a lo establecido en las condiciones generales del contrato de seguro y de los alcances legales de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En caso de inexactas o falsas declaraciones proporcionadas en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

Con la firma del presente, en mi carácter de médico tratante, confirmo haber otorgado al paciente y/o al Asegurado titular información suficiente, clara, oportuna y veraz acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico sobre el padecimiento aquí expuesto.

La aseguradora se reserva el derecho a confirmar la información contenida en el presente documento con el médico tratante firmante, así como a solicitar su ratificación o convalidación mediante firma autógrafa.

Nombre completo y firma autógrafa del médico tratante

9. Aviso de privacidad de MetLife México, S.A. de C.V.

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

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, verificar tu identidad, 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, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. 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, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial. 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 privacidad@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 dar un servicio o tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral para verificar tu identidad, a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines.

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.

4 de 4

29

Al firmar, aceptas y estás de acuerdo con la información aquí detallada.

Nombre y firma del médico tratante que completa este formato.

30

31

Lee con atención el Aviso de Privacidad.

IG-2-028