

INFORME MEDICO

(DEBE SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE)

MetLife® México

Datos del Paciente

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
Accidente Enfermedad Embarazo Fecha en que atendió por primera vez al paciente
por motivo de esta enfermedad, accidente ó embarazo Día | Mes | Año |
Edad | Sexo | Causa de reclamación

Antecedentes Clínicos

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Quirúrgicos

G _____ P _____ A _____ C _____ Indicar causa _____

Antecedentes Gineco-obstétricos

Mencione las afecciones más importantes que padezca aunque no tengan relación con la presente reclamación

Si No

¿El paciente fue referido por otro médico? Nombre del otro médico _____

Domicilio _____ Teléfono _____ Especialidad _____

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos _____ El padecimiento es: Congénito Adquirido
Día Mes Año

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

Estudios de laboratorio y gabinete practicados

Impresión Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

Indique el tratamiento y/o intervención quirúrgica

Complicaciones

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

Interconsultas, indicar especialidad y fechas

