

# INFORME MEDICO

(DEBE SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE)

# MetLife® México

## Datos del Paciente

Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombre (s)				
Edad	Sexo	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad, accidente ó embarazo		Día	Mes	Año
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 tenga 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: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año 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

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