

Si No

Le fue practicado algún otro tx Médico

En caso afirmativo mencionar:

Nombre del Médico

Especialidad

Estado actual del paciente

Si No

A la fecha continúa recibiendo tx médico o en el futuro

En caso afirmativo mencione:

Que clase de tratamiento se encuentra siguiendo

Duración del tratamiento

Fecha estimada de alta del paciente

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

Si No Parcial Total

La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad

Desde

Día Mes Año

Hasta

Día Mes Año

Programación de Cirugía

Tiene convenio con la aseguradora

Si No

* Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la compañía aseguradora y al paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.

Si No

Cirujano \$

Ayudante (s) \$

Anestesiólogo \$

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico

Fecha exacta de la cirugía

Día Mes Año

Hospital donde se practica la cirugía

Nombre del Médico

Especialidad

Domicilio

Teléfono

Cédula Profesional

R.F.C.

Radio Bip y celular

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A. todos los informes que se refiera 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 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.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante