

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  Femenino  Causa de reclamación: Accidente  Enfermedad  Embarazo

Edad \_\_\_\_\_

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? Si  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

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, México, Distrito Federal. II. FINALIDADES. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de éstas 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 esta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, 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 servicio, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://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 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](http://www.metlife.com.mx), inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla  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 y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia, tacha esta casilla  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](http://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) Indique 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 Si  No

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

8) Estado actual del paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9) A la fecha el paciente continúa recibiendo tx médico o en futuro: Si  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? Si  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): Si  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. Si  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 ha realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comuníquese al tel. 5328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la República 01-800-005-3287 ó 01-800-00 METLIFE (638-54-33).

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.

**La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0175-2015 de fecha 18 de agosto de 2016.**