

**Estimado doctor:**

Con el objeto de facilitar la evaluación de los gastos médicos de su paciente, quien tiene un Seguro de Salud contratado en nuestra Compañía y de acuerdo a la autorización expresa que los asegurados otorgan a la Compañía en orden a obtener información médica, le Agradeceríamos que nos pueda entregar la siguiente información:

**I. Antecedentes Particulares:**

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**II. Informe Médico, que debe contener los siguientes datos:**

1. Diagnóstico preciso: \_\_\_\_\_
2. Fecha de diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_
3. ¿Desde cuando tiene conocimiento el paciente de padecer ésta enfermedad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Viene derivado de otro médico o ha estado en tratamiento con otro médico por esta enfermedad?. ¿Quién?. ¿Desde cuando?. \_\_\_\_\_
5. ¿Padece de otros antecedentes mórbidos de importancia?. ¿Desde cuando?. Favor describir: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Describa tratamiento y objetivo de este. Esta recibiendo otros medicamentos, ¿cuáles?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido hospitalizaciones previas por éste u otro diagnóstico?, favor indicar diagnóstico y fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Describa el menoscabo físico que presenta el paciente producto de ésta enfermedad o impedimento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Pronóstico de la enfermedad y plazo estimado de recuperación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico, fecha y resultados. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Se trata de una enfermedad aguda y/o crónica en su evolución? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Tiene alguna otra información sobre el paciente que pudiera aportar, ¿cuáles o cual?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Antecedentes del Profesional Tratante**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_ I.C.M.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Agradeciendo su valiosa cooperación, le saluda atentamente,

**Dr. Juan Cataldo Acuña**  
**Médico Asesor**  
**MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**