

Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____

SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F
 2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____

II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____

2) La condicion del paciente se debe a:
 Accidente de Trabajo Enfermedad Ocupacional Embarazo
 Accidente de Automovil Enfermedad Comun Fecha U. M. _____
 Otros Accidentes SIDA Día _____ Mes _____ Año _____

3) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____

5) ¿ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento medico por esta condicion u otra similar? Sí No
 Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
 Nombre del Medico _____
 Indique el Diagnostico _____

6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? _____
 Fecha Programada: Dia _____ Mes _____ Año _____

7) Hospital donde desea la admision: _____
 Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): _____ letras): _____ Días (Sujeto a evaluación) _____

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____
 ¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí No ¿Requiere Ayudante? Sí No
 ¿Requiere Anestesiólogo? Sí No ¿Requiere Medico Adicional? Sí No
 En caso afirmativo especifique _____

¿Se ha obtenido una segunda opinión medica? Sí No Fecha: Dia _____ Mes _____ Año _____
 Nombre y Dirección del Medico que emitió la segunda Opinión: _____
 Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela:
 Observaciones _____

Lugar y Fecha: _____, Dia _____ Mes _____ Año _____
 Nombre del Médico _____ Especialidad _____ Firma y Sello Médico _____ Teléfono _____

Certifico que la información declarada es verídica a mi leal saber y entender.

SECCIÓN: AUTORIZACIÓN (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Sí Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.
 Honorarios Médicos Reconocidos: _____ Código: _____
 Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más El Deducible: Lps. _____ Y
 el 100% de los gastos no elegibles _____
 Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____, Dia _____ Mes _____ Año _____

III. Información Complementaria

1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí No Cuántos días a part
 En caso afirmativo ¿Por qué? _____

2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí No
 En caso afirmativo, explique: _____

3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuándo terminará? _____

4) Observaciones: _____

Confirmo que he verificado la información y los cargos efectuados. Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a la compañía de Seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.

 Firma del Asegurado o representante legal

Confirmo que la información es verídica a mi leal saber y entender; y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación

 Firma y Sello del Médico Tratante

SECCION B: EN CASO DE HOSPITALIZACION y/o EMERGENCIA DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE DE LA POLIZA.

Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____

1) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo
Accidente de Automovil
Otros Accidentes

Enfermedad Ocupacional
Enfermedad Comun
SIDA

Embarazo
Fecha
U. M.

Dia Mes Año

2) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario

Accidentes Personales

Automóviles

Nombre del Asegurado Titular: _____

Tarjeta de Identidad #: _____

Empresa Contratante: _____

Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante