

Póliza No. _____ Certificado No. _____

SECCIÓN A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F ☐ M ☐
2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____
Exclusivo para Dependientes:
3) Posee otro Seguro Médico Si ☐ No ☐ Compañía de Seguros _____

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

1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente?
2) La condición del paciente se debe a:
Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Ocupacional ☐ Embarazo ☐
Accidente de Automóvil ☐ Enfermedad Común ☐ Fecha _____
Otros Accidentes ☐ SIDA ☐ U. M. _____
3) Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente?
5) ¿Ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Si ☐ No ☐
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Médico _____
Indique el Diagnóstico _____
6) Procedimiento o Cirugía a realizar? _____
Fecha Programada: _____
7) Hospital donde desea la admisión: _____
Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): _____ Días (Sujeto a evaluación)
8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) L _____
¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Ayudante? Sí ☐ No ☐
¿Requiere Anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Médico Adicional? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo especifique _____
¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si ☐ No ☐ Fecha: _____
Nombre y dirección del Médico que emitió la segunda opinión: _____
Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: _____
Observaciones _____
Lugar y Fecha: _____

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 ☐ No ☐ Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.
Honorarios Médicos reconocidos: _____ Código (s): _____
Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más el Deducible de L _____ y
el 100% de los gastos no elegibles _____
Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____

III. Información Complementaria

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

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

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

4) Observaciones: _____

Confirmando 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

Confirmando 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

SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN y/o EMERGENCIA; Y POR EL ASEGURADO Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Compañía de Seguros: _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

1) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	☐	Enfermedad Ocupacional	☐	Embarazo	☐
Accidente de Automóvil	☐	Enfermedad Común	☐	Fecha	____
Otros Accidentes	☐	SIDA	☐	U. M.	Día Mes Año

2) Describa el Diagnóstico 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 No. _____
Empresa Contratante: _____
Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante