



FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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 M
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? Si _____ No
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Medico _____
Indique el Diagnostico _____

6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? _____
Fecha Programada: Día _____ 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 opinion medica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
Nombre y Direccion del Medico que emitió la segunda Opinion: _____
Anote los resultados de la segunda opinion y adjúntela: _____
Observaciones _____

Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Médico _____ Especialidad _____ Firma y Sello Médico _____ Teléfono _____

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

SECCION: AUTORIZACION (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Sí No 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: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

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? 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: _____

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

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 | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automovil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> | Fecha | ____/____/____ |
| Otros Accidentes | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | U. M. | Día Mes Año |

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

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario Idénticos 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