

Compañía de seguros: _____ Póliza 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 Médico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

- 1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____
- 2) La condición del paciente se debe a:
 Accidente de Trabajo Enfermedad Ocupacional Embarazo
 Accidente de Automóvil Enfermedad Común Fecha U. M.
 Otros Accidentes SIDA Día _____ Mes _____ Año _____
- 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? Día _____ Mes _____ Año _____
- 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: Día _____ Mes _____ Año _____
- 7) Hospital donde desea la admisión: _____
 Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): _____ Dias (Sujeto a evaluación)
- 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) Lps. _____
 ¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Si No ¿Requiere Ayudante? Si No
 ¿Requiere Anestesiólogo? Si No ¿Requiere Médico Adicional? Si No
 En caso afirmativo especifique _____
 ¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
 Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión: _____
 Anote los resultados de la segunda opinión 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 Si No Dias 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 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? Si 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 verdadera 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 | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automóvil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> | Fecha U. M. | ____/____/____ |
| Otros Accidentes | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | 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 # _____

Empresa Contratante: _____

Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante