

## FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

### SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

#### I. Datos Generales

1) Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

2) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_

#### II. Historial Medico / 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	<input type="checkbox"/>	Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	
Embarazo	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>			

Fecha: \_\_\_\_\_  
 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 médico por esta condición u otra similar? Si  No   
 Si es afirmativo: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Indique el Diagnostico: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_ Días  
 (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. \_\_\_\_\_

¿Puede ser realizada ambulatoriamente?  ¿Requiere Medico Adicional?   
 ¿Requiere Ayudante?  ¿Requiere Anestesiólogo?   
 En caso afirmativo especifique \_\_\_\_\_

¿Se 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.**

#### 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: \_\_\_\_\_

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 día \_\_\_\_\_ a partir \_\_\_\_\_  
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.

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 del Asegurado o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante