



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? Día _____ Mes _____ Año _____
- 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. 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): _____ 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: 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 (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: _____, 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? 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