



FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y
SEGUNDA OPINION MEDICA

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 Médico / Consulta Ambulatoria (Favor Llenar los incisos del 1-5)

1) ¿Desde cuando trata usted el paciente? Dia _____ Mes _____ Año _____

2) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo Enfermedad Ocupacional Embarazo
Accidente de Automovil Enfermedad Común Fecha U.M. _____
Otros Accidentes SIDA Dia _____ 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? Dia _____ 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: Dia _____ Mes _____ Año _____

7) Hospital donde desea la admisión: _____

Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): _____ Dias (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) L. _____

¿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: Dia _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del Médico que emitió la segunda Opinión: _____

Anote los resultados de la segunda opinión y adjuntela: _____

Observaciones _____

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Médico

Especialidad

Firma y Sello Médico

Teléfono