

**TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER RESPONDIDAS
PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS**

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Gastos Médicos incurridos por Titular Cónyuge hijo(a)

- Nombre del paciente: _____
- Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino
- ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI NO
- Indique la índole de la dolencia: _____
- ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO
En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ A.M. P.M.
¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____
- En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____ Dé la fecha de la primera visita: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
- Nombre y dirección del primer Médico consultado _____
- Indique los síntomas que le causó la enfermedad _____
- Recibió algún tratamiento previo: SI NO
- Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

- ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:
Nombre del Hospital: _____ Fecha de Admisión: _____
DIA MES AÑO
- ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI NO En caso afirmativo indique:
Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____
Fecha de Vigencia: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y centros de salud que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Fecha: _____
No. Certificado: _____
Teléfonos: _____
Dirección: _____

Nombre del Asegurado Titular _____
Firma del Asegurado Titular _____
E-mail: _____

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU RECLAMO

- Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
- Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvase indicarle que debe de responder todas las preguntas.
- Por favor sírvase adjuntar a este formulario las FACTURAS ORIGINALES que amparen sus gastos y la siguiente papelería de acuerdo al tipo de gasto efectuado:

- | | |
|---|--|
| <u>EXAMENES</u> | <u>MEDICAMENTOS</u> |
| - Orden del médico | - Receta del médico (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento) |
| - Resultados de los exámenes de laboratorio | <u>HOSPITALIZACION</u> |
| - Resultados de Radiografías o Resonancias | - Indicar record de anestesia |
| - Resultados de Tomografía o Endoscopía | - Detalle del Hospital |

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre del Paciente: _____ Edad _____ Sexo _____

2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo: _____
DIA MES AÑO

3. Dé su diagnóstico completo: _____

4. Si se practicó la cirugía, describa la operación; si es posible indique el código del procedimiento: _____

5. ¿En qué hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____

6. Si no se practicó Cirugía, describa ampliamente el tratamiento HOSPITALARIO AMBULATORIO Indique si es posible el Código del procedimiento: _____

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: _____

8. Indique: Fecha y hora de Admisión _____ DIA MES AÑO Hrs. Fecha y hora de Salida _____ DIA MES AÑO Hrs.

9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
 En el hospital _____ de visita
 En la casa _____
 En el consultorio _____
 No. de visitas _____ Valor por consulta _____ Total _____

10. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
DIA MES AÑO

11. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido algún tratamiento por esta condición? SI NO
 En caso afirmativo, describa:

HOSPITAL	FECHA	DESCRIPCION

12. Si el paciente le fue referido por otro médico, indique el nombre de ese médico: _____

13. ¿El paciente continúa en tratamiento? SI NO Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____

14. En su opinión impediría, la seriedad del padecimiento que el paciente trabaje? SI NO

Nombre del Médico **Firma del Médico** **SELLO**

Fecha: _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: Anote en este espacio cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo:

CONTRASEÑA DE RECEPCION DE RECLAMO

El día _____ de _____ de 20____ recibimos su reclamo, el mismo será enviado inmediatamente a la Compañía de Seguros. Al evaluar esta documentación la compañía de seguros requiriera alguna otra documentación, nos comunicaremos con usted.

Nombre del paciente: _____ Monto presentado: _____

De estar todo en orden, el día _____ de _____ de 20____ le estaremos resolviendo su reclamo.

Recibido por : _____ Firma: _____ Sello: _____