

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 _____ Hrs. Fecha y hora de Salida _____ Hrs.
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

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.

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

Recibido por : _____ Firma: _____ Sello: _____