



FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINIÓN MEDICA

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 _____

II. Historial Médico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____

2) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	Fecha	_____ / _____ / _____
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	U. M.	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 medico por esta condición u otra similar? Si No

Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Médico _____
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 intra hospitalario) Lps. _____

¿puede ser realizada ambulatoriamente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Requiere Ayudante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Requiere Anestesiólogo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Requiere Médico Adicional?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo especifique _____

¿Ha obtenido una segunda opinión medica? Si No

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del Medico 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 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 días? _____ a partir de _____
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.

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 | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automóvil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> | Fecha | ____/____/____ |
| Otros Accidentes | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | U. M. | Día Mes Año |

- 2) Describa el Diagnostico 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 # _____

Empresa Contratante: _____

Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante