



FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y
SEGUNDA OPINION MEDICA

Póliza 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 llevar los inclsos del 1-5)

- 1) ¿Desde cuando 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 U. M. _____
Otros Accidentes SIDA 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 médico por esta condición u otra similar? Sí 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 emito 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