

FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA

Nombre del Contratante: _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

I. Datos Generales

1) Nombre del Asegurado: _____
 Nombre del Paciente: _____ Parentesco: _____
 Ocupación: _____ Sexo: M F

2) Fecha de Nacimiento: _____ Empresa donde Trabaja: _____

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

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

2) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>		

Fecha: _____
 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? Si No
 Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
 Nombre del Medico: _____ 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 intrahospitalario) Lps. _____

¿Puede ser realizada ambulatoriamente? ¿Requiere Medico Adicional?
 ¿Requiere Ayudante? ¿Requiere Anestesiólogo?
 En caso afirmativo especifique _____

¿Se ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
 Nombre y Dirección del Médico 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: _____

Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más El Deducible: 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 día _____ a partir _____
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.

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 del Asegurado o representante legal

Firma y Sello del Médico Tratante