EBS
EMPLOYEE BENEFITS SOLUTIONS

AVISO DE RECLAMO PARA HOSPITALES, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

1.- PARA SER CONTESTADO POR EL BENEFICIARIO TITULAR

Empresa contratante del servicio: _____

Nombre del beneficiario titular: _____ Cédula identidad: _____

Nombre del beneficiario: _____ Parentesco: _____

2.- PARA SER CONTESTADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico tratante: _____ Especialidad: _____

Motivo de la consulta: _____

Enfermedad actual: _____

Antecedentes de importancia: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Plan de manejo: _____

Tratamiento médico: _____

Lugar de atención médica: _____

Fecha de Atención: _____

3.- HOSPITALIZACIÓN:

Médico tratante: _____ Especialidad: _____

Clínica u hospital de atención: _____

Del acto quirúrgico: Fecha de la intervención: _____ Tiempo de duración: _____ hrs.

Tipo de intervención: Electiva ☐ Cirugía mayor ☐ Cirugía correctora de efecto congénito ☐

Emergencia ☐ Cirugía menor ☐ Cirugía correctora de efecto adquirido ☐

Descripción del acto quirúrgico realizado: _____

Si existió alguna causa que complicara la evolución del paciente, descríbala: _____

PATOLOGÍA

Descripción resultado de anatomía patológica (imprescindible anexar copia): _____

Nombre del patólogo: _____ Fecha de informe del patólogo: _____

MATERNIDAD (PARTO)

Fecha de parto: _____ Sexo: _____ Tipo de parto: ☐ Normal ☐ Cesárea

Antecedentes: _____

Si hubo complicaciones en el parto o puerperio, descríbalas: _____

Firma del médico tratante: _____ Cod. Colegio de médicos: _____

4.- DETALLE DE HONORARIOS Y ATENCIÓN MEDICA

Consulta Medica: _____

Medicamentos: _____

Laboratorio: _____

Cirugía: _____

Otros Procedimientos: _____

Total: _____

_____

FIRMA DE CONFORMIDAD
(EMPLEADO / TITULAR)

Autorizo sin reserva, al médico que me haya atendido y a la institución hospitalaria, proporcionar a EBS la información que necesite y requiera para el debido proceso de análisis y liquidación con relación a este reclamo.