



## 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