

FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS



**TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER RESPONDIDAS,
PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS**

GM

Nº 69402

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Gastos Médicos incurridos por Titular Cónyuge hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI NO

4. Indique la índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI NO

En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? _____ A las _____ A.M. P.M.

¿Dónde ocurrió? _____ ¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? _____ Dé la fecha de la primera visita: _____

7. Nombre y dirección del primer Médico consultado _____

8. Indique los síntomas que le causó la enfermedad _____

9. Recibió algún tratamiento previo: SI NO

10. Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____ Fecha de Admisión: _____

12. ¿Están los gastos de este reclamo cubiertos por cualquier otra póliza de Gastos Médicos? SI NO En caso afirmativo indique:

Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Fecha de Vigencia: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y centros de salud que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Fecha: _____

No. Certificado: _____

Teléfonos: _____

Dirección: _____

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

E-mail: _____

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

1. Nombre del Paciente: _____ Edad _____ Sexo _____
2. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO En caso afirmativo, dé la fecha aproximada en que se inició el embarazo: _____
DIA MES AÑO
3. Dé su diagnóstico completo: _____

4. Si se practicó la cirugía, describa la operación; si es posible indique el código del procedimiento: _____

5. ¿En qué hospital o Clínica se practicó la cirugía? _____
6. Si no se practicó Cirugía, describa ampliamente el tratamiento HOSPITALARIO AMBULATORIO Indique si es posible el Código del procedimiento: _____

7. ¿Ordenó usted hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del Médico que la ordenó: _____
8. Indique: Fecha y hora de Admisión _____ Hrs. Fecha y hora de Salida _____ Hrs.
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
9. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
En el hospital _____ de visita
En la casa _____
En el consultorio _____
No. de visitas _____ Valor por consulta _____ Total _____
10. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
DIA MES AÑO
11. ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado o recibido algún tratamiento por esta condición? SI NO
En caso afirmativo, describa:

HOSPITAL	FECHA	DESCRIPCION

12. Si el paciente le fue referido por otro médico, indique el nombre de ese médico: _____
13. ¿El paciente continúa en tratamiento? SI NO Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____
14. En su opinión impediría, la seriedad del padecimiento que el paciente trabaje? SI NO

Nombre del Médico

Firma del Médico

SELLO

Fecha: _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: Anote en este espacio cualquier información adicional que contribuya a evaluar mejor el reclamo: