

Contratante:

Nombre del Paciente:

Edad: A

M

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:

Nombre del médico consultado:

 ¿Tiene otro tipo de cobertura médica? SI NO

Nombre de la Compañía de Seguros:

| Detalle de Gastos Ambulatorios | Valor del Gasto | |
|--------------------------------|-----------------|--|
| Consultas Médicas | | |
| Rayos x | | |
| Laboratorios | | |
| Medicinas | | |
| Otros | | |
| Total de Gastos Presentados | | |

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizo** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía de Seguros** todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado

Firma del Empleado
Firma y Sello del Contratante

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.



DECLARACIÓN DEL MÉDICO
Consulta Ambulatoria

| | | | | | | | | | |
|---|---------|--|---|--|--|-----|--|-----|--|
| Nombre del paciente: | Edad: A | | M | | | | | | |
| Diagnóstico principal completo: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| ¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Si es afirmativo, favor explique: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de ésta condición? Día | | | | | | Mes | | Año | |
| ¿Esta condición se debe a embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación) Día | | | | | | Mes | | Año | |
| Tratamientos o procedimientos realizados en clínica: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|------------|
| No.de Consultas: | |
| Honorarios por Consultas | Total Lps. |
| Honorarios por Tratamiento | Total Lps. |

Confirmando que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----|--|-----|--|
| ¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es afirmativo, favor indicarnos: | | | | | | | | | |
| Diagnóstico: | | | | | | | | | |
| Nombre del hospital: | | | | | | | | | |
| Fecha: Día | | | | | | Mes | | Año | |

| |
|-----------------------|
| OBSERVACIONES: |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--------------------|----------------|
| Nombre del médico: | |
| Lugar y Fecha: | Firma y Sello: |