

**FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Poliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

**SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**
**I. Datos Generales**

- 1) Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Sexo F  M
- 2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde Trabaja \_\_\_\_\_

**II. Historial Medico / 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 Automovil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Comun       | <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 médico por esta condición u otra similar? Sí  No
- Si es afirmativo: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medico \_\_\_\_\_  
 Indique el Diagnostico \_\_\_\_\_
- 6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? \_\_\_\_\_  
 Fecha Programada: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- 7) Hospital donde desea la admision: \_\_\_\_\_  
 Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): \_\_\_\_\_ Días (Sujeto a evaluación)
- 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. \_\_\_\_\_
- ¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí  No  ¿Requiere Ayudante? Sí  No
- ¿Requiere Anestesiólogo? Sí  No  ¿Requiere Medico Adicional? Sí  No
- En caso afirmativo especifique \_\_\_\_\_
- ¿Ha obtenido una segunda opinión medica? Sí  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 verdadera a mi leal saber y entender.**
**SECCION: AUTORIZACION (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: \_\_\_\_\_

Confirmo 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

Confirmo 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

**SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACION y/o EMERGENCIA; Y POR EL ASEGURADO Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Poliza 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 Automovil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Comun       | <input type="checkbox"/> | Fecha    | ____/____/____           |
| Otros Accidentes       | <input type="checkbox"/> | SIDA                   | <input type="checkbox"/> | U. M.    | Dia 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