

# FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS



Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo en las dos secciones de este formulario, todas las preguntas descritas deben ser contestadas.

## SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por mí  por mi esposo(a)  por mi 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 Indole de la dolencia: \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

A las \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó?

DIA MES AÑO

7. ¿Nombre y dirección del primer Médico consultado? \_\_\_\_\_

8. Dé la fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia?

SI  NO  En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

11. ¿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: \_\_\_\_\_

12. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos comunicarnos si fuera necesario.

Tel: \_\_\_\_\_

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 que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

No. de la Tarjeta de Crédito

**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 de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha de Salida \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? SI  NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Fecha: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

\_\_\_\_\_  
SELLO

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