



**FORMULARIO DE REEMBOLSO
DE GASTOS MEDICOS**

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

I. DATOS GENERALES

- 1) Nombre del Paciente: _____ Ocupación: _____
2) Fecha de Nacimiento: _____ Sexo F M

II. HISTORIA CLINICA

- 1) ¿ Desde cuando trata usted al paciente? _____
Día Mes Año
- 2) La condición del Paciente se debe a:
Accidente de Trabajo Enfermedad Ocupacional Embarazo
Accidente de Automóvil Enfermedad Común Fecha _____
Otros Accidentes SIDA U.M. Día / Mes / Año
- 3) Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamiento en el consultorio, si procede:

- 4) ¿ Cuándo se presentó el primer síntoma de la enfermedad, o cuándo ocurrió el accidente? _____
Día Mes Año
- 5) ¿ Ha recibido el paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Si No
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____ Nombre del médico _____
Indique el diagnostico _____

III. CONSULTAS AMBULATORIAS

Número de Consultas _____ Total honorarios por consulta _____ Total honorarios por tratamiento _____
L. _____ L. _____

VI. HOSPITALIZACIONES

- 1) Ingreso _____ / _____ / _____ Hora _____ A.M. Egreso _____ / _____ / _____ Hora _____ A.M.
Día Mes Año P.M. Día Mes Año P.M.
- 2) Clase de Tratamiento, Cirugía o Intervención practicada: _____

- 3) ¿ Se presentó alguna complicación ? Si No En caso afirmativo explique: _____

- 4) Explique que intervención quirurgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿ Por qué? _____

V. INFORMACION COMPLEMENTARIA

- 1) ¿ Extendió al Paciente Incapacidad Laboral ? Si No ¿ Cuántos días ? _____ A partir de _____
En caso afirmativo ¿Por qué? _____
- 2) ¿ Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Si No
En caso afirmativo explique: _____
- 3) ¿ Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Si No
En caso afirmativo ¿Cuándo terminará? _____
Día Mes Año

Observaciones:

Lugar y Fecha _____

Nombre del Médico Tratante _____

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Así mismo 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 de los documentos y/o ficha médica.

Firma del Asegurado Principal

Certifico 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 O POR EL ASEGURADO EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario Accidentes Personales Automóviles

Nombre del Paciente _____

Nombre del Asegurado Principal _____

Empresa Contratante _____

Nombre del Hospital o Clínica _____

Póliza No. _____ Certificado No. _____

Gastos incurridos por: Asegurado Principal Cónyuge Hijo Otros

Firma y Sello del Hospital