

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

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

Gastos Médicos incurridos por Titular  Cónyuge  hijo(a)

- Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino  Masculino
- ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI  NO
- Indique la índole de la dolencia: \_\_\_\_\_
- ¿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? \_\_\_\_\_
- En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_ Dé la fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
- Nombre y dirección del primer Médico consultado \_\_\_\_\_
- Indique los síntomas que le causó la enfermedad \_\_\_\_\_
- Recibió algún tratamiento previo: SI  NO
- Dé nombre, dirección y teléfono de su Médico actual, así como el de todos los otros Médicos que lo asisten por esta enfermedad:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI  NO  En caso afirmativo indique:  
Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO
- ¿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: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU RECLAMO**

- Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
- Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvase indicarle que debe de responder todas las preguntas.
- Por favor sírvase adjuntar a este formulario las FACTURAS ORIGINALES que amparen sus gastos y la siguiente papelería de acuerdo al tipo de gasto efectuado:

EXAMENES

- Orden del médico
- Resultados de los exámenes de laboratorio
- Resultados de Radiografías o Resonancias
- Resultados de Tomografía o Endoscopía

MEDICAMENTOS

- Receta del médico (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento)
- HOSPITALIZACION
- Indicar record de anestesia
  - Detalle del Hospital

**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:

**CONTRASEÑA DE RECEPCION DE RECLAMO**

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ recibimos su reclamo, el mismo será enviado inmediatamente a la Compañía de Seguros. Al evaluar esta documentación la compañía de seguros requiriera alguna otra documentación, nos comunicaremos con usted.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Monto presentado: \_\_\_\_\_

De estar todo en orden, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ le estaremos resolviendo su reclamo.

Recibido por : \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_