



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MEDICOS

**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)

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 índole de la dolencia: \_\_\_\_\_

5. ¿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? \_\_\_\_\_

6. En caso de enfermedad. ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_ Dé la fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_

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

8. Indique los síntomas que le causó la enfermedad \_\_\_\_\_

9. Recibió algún tratamiento previo: SI  NO

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

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

11. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI  NO  En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_

12. ¿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: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Titular

No. Certificado: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Titular

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

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 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:

**IMPORTANTE PARA PRESENTAR SU RECLAMO**

- Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
- Su médico tratante deberá completar, firmar y sellar la Sección B. Sírvese 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  
 - Radiografías o Resonancias  
 - Tomografía o Endoscopia

- **HOSPITALIZACIÓN**  
 - Récord de Anestesia,  
 - Desglose de cuenta Hospitalaria,  
 - Informe de patología y  
 - Récord operatorio

**MEDICAMENTOS:** Receta del médico  
 (paciente, dosis, frecuencia y periodo de tratamiento)