

Contratante:

Nombre del Paciente:

Edad: A

M

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:

Nombre del médico consultado:

 ¿Tiene otro tipo de cobertura médica? SI  NO 

Nombre de la Compañía de Seguros:

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto	
Consultas Médicas		
Rayos x		
Laboratorios		
Medicinas		
Otros		
Total de Gastos Presentados		

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizo** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía de Seguros** todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

**OBSERVACIONES:**

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado

**Firma del Empleado**
**Firma y Sello del Contratante**

**RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.**



**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**  
**Consulta Ambulatoria**

Nombre del paciente:	Edad: A	M
Diagnóstico principal completo:		
¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si es afirmativo, favor explique:		
Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de ésta condición? Día Mes Año		
¿Esta condición se debe a embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación) Día Mes Año		
Tratamientos o procedimientos realizados en clínica:		

No.de Consultas:	
Honorarios por Consultas	Total Lps.
Honorarios por Tratamiento	Total Lps.

Confirmando que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es afirmativo, favor indicarnos:			
Diagnóstico:			
Nombre del hospital:	Fecha: Día	Mes	Año

<b>OBSERVACIONES:</b>

Nombre del médico:
Lugar y Fecha:
<b>Firma y Sello:</b>