

## INFORME DEL MEDICO TRATANTE

**Estimado Doctor:** A fin de cumplir con nuestro compromiso del seguro, le agradeceremos que por favor complete cada pregunta, según corresponda al Procedimiento Quirúrgico realizado a nuestro Asegurado.

### **PARTE I - A LLENAR POR EL CONTRATANTE O POR EL ASEGURADO**

No. Póliza \_\_\_\_\_ Tipo de Plan \_\_\_\_\_ Tipo de Indemnización \_\_\_\_\_

N° Certificado \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ Monto a Indemnizar \$ \_\_\_\_\_

Contratante o Cooperativa \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado Principal \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Reclamante \_\_\_\_\_

### **PARTE II - A LLENAR POR MEDICO TRATANTE**

**Por favor completar solamente la información referente a la causa que haya originado el Procedimiento Quirúrgico u Hospitalización.**

#### Reclamación por Enfermedad

Fecha desde cuando padecía la enfermedad o que presentó primeros síntomas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del Padecimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_\_

Exámenes Requeridos \_\_\_\_\_

Enfermedad(es) Asociada(s): \_\_\_\_\_

Tratamiento Indicado \_\_\_\_\_

Tratamiento de Urgencia ( ) Tratamiento Programado ( )

Procedimiento Quirúrgico Realizado \_\_\_\_\_

Fecha del Procedimiento Quirúrgico \_\_\_\_\_

Hospitalización Requerida?: SI ( ) NO ( )

Hospital \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha Egreso: \_\_\_\_\_

Ha tratado al paciente por la misma causa anteriormente?: SI ( ) NO ( )

Fecha: \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Tiene conocimiento si el paciente consultó a otros médicos?: SI ( ) NO ( )

Nombre(s) de medico(s) \_\_\_\_\_

**Reclamación por Accidente**

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar del Accidente: \_\_\_\_\_

Como ocurrió el Accidente: \_\_\_\_\_

Tratamiento Realizado: \_\_\_\_\_

**Reclamación por Embarazo**

Fecha de Inicio del Embarazo: \_\_\_\_\_ Fecha Probable de Parto \_\_\_\_\_

Favor indicar número de parto: \_\_\_\_\_

Tipo de Parto \_\_\_\_\_

Hospital del Ingreso: \_\_\_\_\_

**PARTE II - A LLENAR POR MEDICO TRATANTE**

**DATOS PERSONALES:**

Nombre \_\_\_\_\_

No. JVPM: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Dirección de Clínica: \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y CORRECTA, QUEDANDO SUJETO A CUALQUIER ACCION LEGAL QUE LA ASEGURADORA PUDIERA ENTABLAR, SI LLEGASE A COMPROBAR LO CONTRARIO.**

Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_