



# FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Poliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

## SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

### I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Sexo F ☐ M ☐  
2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde Trabaja \_\_\_\_\_

### II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

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 tratamientos en consultorio, si procede: \_\_\_\_\_

4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del 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 Diagnóstico \_\_\_\_\_

6) Procedimiento o Cirugía a Realizar \_\_\_\_\_

Fecha Programada: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

7) Hospital donde desea la admisión: \_\_\_\_\_

Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): \_\_\_\_\_ Días (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (Incluye cuidado pre y post operatorio Intra hospitalario) Lps. \_\_\_\_\_

¿puede ser realizada ambulatoriamente? Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

¿Requiere Ayudante? Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

¿Requiere Anestesiólogo? Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

¿Requiere Médico Adicional? Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

En caso afirmativo especifique \_\_\_\_\_

¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si ☐ No ☐

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Médico que emitió la segunda Opinión: \_\_\_\_\_

Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Firma y Sello Médico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Certifico que la información declarada es verídica a mi feal saber y entender.**

### SECCIÓN: AUTORIZACIÓN (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Si ☐ No ☐ Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) \_\_\_\_\_ días.

Honorarios Médicos Reconocidos: \_\_\_\_\_ Código (s): \_\_\_\_\_

Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más el Deducible de Lps. \_\_\_\_\_ y el 100% de los gastos no elegibles \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_