DAVIVIENDA Seguros

FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA

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 condicion del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	☐	Enfermedad Ocupacional	☐	Embarazo	☐
Accidente de Automovil	☐	Enfermedad Comun	☐	Fecha U. M.	Dia Mes Año
Otros Accidentes	☐	SIDA	☐		

3) Describa el Diagnostico 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 ☐ ☐
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Medico _____
Indique el Diagnostico _____

6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? _____
Fecha Programada: Dia_____ Mes_____ Año_____

7) Hospital donde desea la admision:_____
Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): _____ Días (Sujeto a evaluación)

8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____
¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Ayudante? Sí ☐ No ☐
¿Requiere Anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Medico Adicional? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo especifique_____
_____

¿Ha obtenido una segunda opinión medica? Si ☐ No ☐ Fecha: Dia_____ Mes_____ Año_____
Nombre y Dirección del Medico que emitió la segunda Opinión: _____
Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela:_____
Observaciones_____
_____

Lugar y Fecha: _____, Dia_____ Mes_____ Año_____.

Nombre del Médico	Especialidad	Firma y Sello Médico	Teléfono
_____	_____	_____	_____

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

SECCIÓN: AUTORIZACIÓN (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Sí ☐ No ☐ Dias 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 ____

III. Información Complementaria

1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí ☐ No ☐ Cuántos días?_____ a partir de _____
En caso afirmativo ¿Por qué? _____

2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, explique: _____

3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Sí ☐ No ☐
En *caso afirmativo, ¿cuándo terminará?* _____

4) Observaciones: _____

Confirmo que he verificado la información y los cargos efectuados. Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a La Compañía de Seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.	Confirmo que la información es verídica a mi leal saber y entender; y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación
_____ Firma del Asegurado o representante legal	_____ Firma y Sello del Médico Tratante

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACION y/o EMERGENCIA; Y POR EL ASEGURADO Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Compañía de seguros:_____ Poliza No. _____ Certificado No._____

1) La condicion del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	☐	Enfermedad Ocupacional	☐	Embarazo	☐
Accidente de Automovil	☐	Enfermedad Comun	☐	Fecha	___ ___ ___
Otros Accidentes	☐	SIDA	☐	U. M.	Dia Mes Año

2) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:
_____

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario ☐ Accidentes Personales ☐ Automóviles ☐
Nombre del Asegurado Titular: _____
Tarjeta de Identidad #_____
Empresa Contratante: _____
Nombre del Hospital o Clínica: _____

_____ Firma y Sello del Hospital	_____ Firma y Sello del Contratante

LA0501