SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA

Nombre del Contratante: _____ **Póliza No.**_____ **Certificado No.** _____

SECCION A. DEBE SER COMPLET ADA POR EL MEDICO TRATANT E

I. Datos Generales

1) Nombre del Asegurado: _____
Nombre del Paciente: _____ Parentesco: _____
Ocupación: _____ Sexo: M ☐ F ☐

2) Fecha de Nacimiento: _____ Empresa donde Trabaja: _____

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

1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día ____ Mes ____ Año _____

2) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	☐	Accidente de Automóvil	☐
Enfermedad Ocupacional	☐	Enfermedad Común	☐
Embarazo	☐	SIDA	☐
Otros Accidentes	☐		

Fecha: _____ _____ _____
Día Mes Año

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 ☐ No ☐
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Medico: _____ Indique el Diagnostico: _____

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 intrahospitalario) Lps. _____

¿Puede ser realizada ambulatoriamente?	☐	¿Requiere Medico Adicional?	☐
¿Requiere Ayudante?	☐	¿Requiere Anestesiólogo?	☐

En caso afirmativo especifique _____

¿Se 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 leal saber y entender.

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

APROBADA Sí ☐ No ☐ Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.

Honorarios Médicos Reconocidos: _____
Código: _____
Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más El Deducible: Lps. _____
Y el 100% de los gastos no elegibles_____

Autorizado por: _____ Lugar y Fecha:_____, Día _____ Mes _____ Año_____

SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

III. Información Complementaria

1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí ☐ No ☐ Cuántos día_____ a partir _____
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