GVFR-068 V3
DC-CONFIDENCIAL-EXTERNO

FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINIÓN MEDICA

BI SEGUROS DEL PAÍS

Póliza No. _____ **Certificado No.**_____

SECCIÓN A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F ☐ M ☐

2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____

Exclusivo para Dependientes:

3) Posee otro Seguro Médico Si ☐ No ☐ Compañía de Seguros _____

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

1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente?

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.	

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?

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:

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) L _____

¿Puede ser realizada ambulatoriamente? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Ayudante? Sí ☐ No ☐

¿Requiere Anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Médico Adicional? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo especifique_____

_____

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

Nombre y dirección del Médico que emitió la segunda opinión: _____

Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela:_____

Observaciones_____

_____

Lugar y Fecha: _____,

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 (s):_____

Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más el Deducible de L _____ y

el 100% de los gastos no elegibles_____

Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____, _____

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? Si ☐ No ☐
En caso afirmativo, explique: _____

3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Si ☐ 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

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

Compañía de Seguros:_____ Póliza No. _____ Certificado No._____

1) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	☐	Enfermedad Ocupacional	☐	Embarazo	☐
Accidente de Automóvil	☐	Enfermedad Común	☐	Fecha	
Otros Accidentes	☐	SIDA	☐	U. M.	

2) Describa el Diagnóstico 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 No. _____
Empresa Contratante: _____
Nombre del Hospital o Clínica: _____

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