

Parte 5- PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		(a) Fecha en la cual consulto al paciente por primera vez: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	
(b) Fecha en que se manifestó el primer síntoma o ocurrió el accidente: ____ / ____ / ____ Día Mes Año		(c) Fecha en la que el paciente le consulto por esta condición: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	
(d) Por favor indique su diagnóstico de esta enfermedad o lesión:			
(e) Esta enfermedad o lesión requiere de tratamiento de seguimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(f) Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor explique los detalles:	
(g) Se le había diagnosticado o tratado el paciente por la misma condición con anterioridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(h) Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique fecha(s), resultado(s), tratamiento, medicamentos (s) y nombre del médico tratante/ facilidad.	
(i) Fue el paciente referido a usted por otro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(j) Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico que refirió al paciente.	

Parte 6- RECLAMACION POR MATERNIDAD

(1) Altura Uterina:	(2) Edad gestacional:
(3) Tiempo de amenorrea:	(4) Fecha probable de parto:

FECHA DE SERVICIO	INDIQUE PROCEDIMIENTOS MEDICOS, SERVICIOS MEDICOS Y UTENSILIOS UTILIZADOS PARA CADA FECHA INDICADA	CARGOS	

Cantidad total adeudada:		
Cantidad pagada por el asegurado:		
Balance:		

Nombre del médico tratante:	Dirección:	Teléfono:
-----------------------------	------------	-----------

Firma del Médico: _____ Número de Licencia: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

NOTA: Este formulario debe ser enviado junto con las facturas originales dentro de los 90 días del tratamiento. Reclamaciones de los hijos dependientes mayores de 18 años de edad deben incluir el certificado del colegio o universidad. Complete un formulario de reclamación por cada enfermedad o accidente.