

SECCION C : Para ser completada por el Médico.

1. Nombre del Paciente : _____ Edad : _____ años M _____
Sexo : F _____

2. Diagnóstico del Padecimiento actual : _____
En caso de paciente femenino SI _____
¿Se debe éste a embarazo? NO _____

3. Lugar y Fechas de atención al Paciente : _____

4. Según su conocimiento :
¿ Cuándo comenzó la causa básica de esta condición ? _____
¿ Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por esta condición o alguna condición relacionada a ésta ?
(En caso afirmativo, favor detallar) : _____

REGION A : DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

5. Favor indicar qué Exámenes de Laboratorio o Rayos X se necesitan : _____

6. Detalle de Honorarios, por :
Consulta L _____ Total : _____
Tratamiento _____
Cirugía _____

FAVOR CONTINUAR CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLAMENTE EN CASO DE HOSPITALIZACION

7. Favor indicar CUADRO CLINICO y HALLAZGOS FISICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado : _____

8. Favor detallar tratamiento u operación : _____
¿ Se presentó alguna complicación ? SI NO _____
En caso afirmativo, favor describa ésta _____

9. Período de Hospitalización:
Ingresado en: _____
Dado de alta: _____

10- Nombre del Hospital: _____
Dirección: _____

Confirмо que soy el Médico del Paciente y he recomendado los servicios por los cuales se hace este reclamo.

FIRMA Y SELLO _____ FECHA _____