

FECHA		
Día	Mes	Año

Contrato num. _____ Cliente: _____

Nombre del paciente: _____ Afiliado num. _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Monto reclamado: _____

PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

Consulta Laboratorios y rayos X Emergencia Otro _____

Estudios especiales Tipo de estudio _____

Motivos / Síntomas / Diagnóstico _____

Clínica _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

HOSPITALIZACION

Fecha de ingreso Día / Mes / Año _____ Fecha de salida: Día / Mes / Año _____ Clínica _____

Estuvo en cuidados intensivos? Si No Desde Día / Mes / Año _____ Hasta Día / Mes / Año _____

Síntomas presentados: _____

Diagnóstico final: _____

Si se le practicó cirugía, favor describir: _____

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Tiene otros seguros que cubran esta reclamación? Si No

Si la respuesta a la pregunta anterior es Sí, favor indicar las Compañías aseguradoras: _____

NOTA: favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.

Firma del Afiliado _____