

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
POLIZA DE CANCER PRIMER DIAGNOSTICO**

ASEGURADO

Nombre del Asegurado				Seguro Social / /		Núm. Póliza	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Nombre del Paciente				Seguro Social / /		Fecha Nacimiento / / Mes Día Año	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Parentesco		Teléfono		Teléfono Celular		E-mail	
Dirección Postal		Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad País Zona Postal	
Dirección Residencial		Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad País Zona Postal	

INFORMACION DEL PACIENTE

1. Diagnóstico ¿qué condición le fue diagnosticada? _____					
2. ¿Cuándo sintió los primeros síntomas de su enfermedad?			/ / Mes Día Año		
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta enfermedad?			/ / Mes Día Año		
4. ¿Ha sido tratado por algún otro médico durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó afirmativo, favor de indicar el nombre o los nombres, especialidades de los médicos que visitó y el diagnóstico:					
Nombre		Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año	
Dirección Postal			Teléfono		
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad	País Zona Postal	
Nombre		Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año	
Dirección Postal			Teléfono		
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad	País Zona Postal	
Nombre		Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año	
Dirección Postal			Teléfono		
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad	País Zona Postal	
5. ¿Ha estado hospitalizado durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del hospital		Fecha de hospitalización (m, d, a)		Diagnóstico	
Nombre del hospital		Fecha de hospitalización (m, d, a)		Diagnóstico	
6. Favor indicar ocupación y cuándo cesaron sus labores.			/ / Mes Día Año		
7. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.					
8. Estado civil del hijo dependiente: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> separado					

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. **Ley 230 del 9 de agosto de 2008.**

Firma

Fecha

CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente					/ /						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial		Seguro Social			
Dirección					Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		País		Zona Postal			
Dx: _____					Servicio: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio						
Nombre completo del médico que lo hospitalizó:											
Hospitalización Cuarto Regular:				Desde (m, d, a) / /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Hasta (m, d, a) / /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Unidad de Cuidado Intensivo: (Especifique) ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/>				Desde (m, d, a) / /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Hasta (m, d, a) / /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Otra: _____				/ /				/ /			
Indique admisiones previas: _____					Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /				
Dx: _____					/ /		/ /				
Dx: _____					/ /		/ /				
Nombre del Hospital (Incluir Sello de la Institución)					Récord Núm.						
Firma Autorizada					Título						
Nombre en Letra de Molde					Fecha						
<p>AVISO IMPORTANTE: EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO COMPLETE LA CERTIFICACIÓN, SE ACEPTARA COPIA DEL RESUMEN DE ADMISIÓN Y EL DE ALTA Y DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, LA CERTIFICACIÓN DE HORAS O LAS NOTAS DE ENFERMERA.</p>											

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre del Paciente					Edad					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial				
Diagnóstico: _____										
Fecha de la primera consulta por la condición que reclama			/ /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias			
Mes			Día		Año					
Indique la evolución de la condición que reclama: _____										
Indique el nombre del médico o los médicos que hayan atendido o referido al paciente por alguna enfermedad relacionada: (FAVOR INDICAR AL ASEGURADO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)										
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha: Mes Día Año / /				
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha: Mes Día Año / /				
¿Ha tenido el paciente una lesión igual o similar a ésta anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contesta afirmativo, Indique cuándo		Fecha: Mes Día Año / /						
Describa e indique si hubo estudios, biopsias, laboratorios, etc.: _____										
Indique el período de incapacidad del paciente:			Desde		Fecha: Mes Día Año / /		Hasta		Fecha: Mes Día Año / /	
Describa cualquier enfermedad crónica o aguda que el paciente haya padecido anteriormente e indique fecha de cada una:										
Enfermedad: _____					Fecha de comienzo		Mes Día Año / /			
Enfermedad: _____					Fecha de comienzo		Mes Día Año / /			
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Favor incluir reporte de cirugía)										
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta afirmativo, indique nombre del hospital, diagnóstico y fechas de estadía:										
Hospital		Diagnóstico		Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /				
Hospital		Diagnóstico		Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /				
Información Adicional: _____										
(Incluir Sello Oficial)										
Firma del Médico					Nombre en Letra de Molde					
Especialidad			Número de Licencia			Fecha				
Dirección					Teléfono					
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		País		Zona Postal		