

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

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	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
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 ocurrió el accidente?			/ / Mes Día Año
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta lesión? INCLUYA FACTURA DEL PRIMER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (SI APLICA)			/ / Mes Día Año
4. ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?			
5. Favor de incluir el Reporte de la Policía (si aplica)			
6. ¿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 Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad País Zona Postal Teléfono
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio (mes, día año) / /
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad País Zona Postal Teléfono
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio (mes, día año) / /
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad País Zona Postal Teléfono
7. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia del accidente? <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
8. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.			
9. 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 Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.**

Firma

Fecha

INFORME MEDICO DE CABECERA

Nombre completo del paciente	Fecha del accidente (MM/DD/YYYY)	Lugar del Accidente	Primera visita relacionada con este accidente (MM/DD/YYYY)
Diagnóstico y descripción completa de la lesión:			
El accidente resultó en la pérdida de:			
(A) ¿Mano derecha?	Fecha _____ (m, d, a)	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la muñeca) _____	
(B) ¿Mano izquierda?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la muñeca) _____	
(C) ¿Pie derecho?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del tobillo) _____	
(D) ¿Pie izquierdo?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del tobillo) _____	
(E) ¿Pierna derecha?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la rodilla) _____	
(F) ¿Pierna izquierda?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la rodilla) _____	
(G) ¿Brazo derecho?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del codo) _____	
(H) ¿Brazo izquierdo?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del codo) _____	
(I) ¿Visión ojo derecho?	Fecha _____	¿Es la pérdida completa e irrevocable? _____	
(J) ¿Visión ojo izquierdo?	Fecha _____	¿Es la pérdida completa e irrevocable? _____	
¿Cómo estaba la visión en la última observación?			
Con espejuelos O.D. _____ O.S. _____ Fecha (m, d, a) _____			
Sin espejuelos O.D. _____ O.S. _____ Fecha (m, d, a) _____			
Fecha en que la visión corregida (con espejuelos) fue irrevocablemente reducida a 20/200 ó menos y el nivel de visión, en el ojo lesionado, a esa fecha:			
O.D. _____ O.S. _____ Fecha (m, d, a) _____			
La visión fue recuperada en parte o totalmente por: O.D. __Lentes __Tratamiento __Operación __No puede recuperarse			
O.S. __Lentes __Tratamiento __Operación __No puede recuperarse			
Si se está programando una cirugía, favor indicar fecha: (m, d, a) _____			
¿Está la pérdida totalmente relacionada con el accidente arriba mencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no lo está, favor dar detalle de alguna condición médica o enfermedad que haya causado o contribuya a la pérdida:			
¿Está la hospitalización del asegurado totalmente relacionada con el accidente arriba mencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Fue la(s) lesión(es) causada(s) por un accidente o alguna condición asociada a las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo está, favor de explicar:			
En su opinión, ¿la pérdida fue como resultado de lesiones auto-infligidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección física del médico			Núm. de teléfono ()
Firma del médico (Favor de incluir sello oficial)			Fecha (m, d, a)

CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente		/ /	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad País Zona Postal
Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
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: ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> (Especifique): Otra: _____	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.
Indique admisiones previas: Dx:	Desde (m, d, a) / /	Hasta (m, d, a) / /	
Dx:	/ /	/ /	
Nombre del Hospital (Incluir Sello de la Institución)		Récord Núm.	
Firma Autorizada		Título	
Nombre en Letra de Molde		Fecha	

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.