

## 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
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	/	/
Parentesco			Teléfono	Teléfono Celular	E-mail
Dirección Postal		Urb., PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	País
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	
Dirección					Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		
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) / /
Unidad de Cuidado Intensivo: (Especifique) <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU Otra: _____				Desde (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Hasta (m, d, a) / /
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	
<b>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.</b>						

**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			Mes / Día / Año _____ / _____ / _____	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias
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