

RECLAMO SALUD INDIVIDUAL

Reclamo No. _____ Monto del Reclamo: USD \$ _____
Póliza No.: _____
Certificado No. _____

Contratante: _____

1) DATOS GENERALES

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

Nombre del afiliado (empleado) _____

Nombre del afectado: _____ Parentesco: _____

2) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ENFERMEDAD

Enfermedad que lo afecta: _____

¿Cuándo manifestó los primeros síntomas la enfermedad? _____

3) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar del accidente _____

Hora día y fecha: _____

Actividad que ejercía: _____

Cómo ocurrió: _____

Lesiones personales sufridas: _____

4) DATOS SOBRE ASISTENCIA MÉDICA

¿Qué médico lo atendió? _____

¿Fue hospitalizado? _____ ¿Clínica u hospital? _____

¿Quién ordenó la hospitalización? _____

¿Objeto de la hospitalización? _____

Fecha de ingreso al hospital: _____ Fecha de alta: _____

Cirujano principal que intervino: _____

Dirección: _____

Diga los nombres de los médicos consultados en el año inmediato anterior a la enfermedad y objeto de la consulta:

Nombre del médico	Objeto de la consulta	Fecha	Dirección

Otros seguros: _____

Importe de las reclamaciones anteriores: _____

5) AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares para que suministren a "SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS", las informaciones que ésta requiera, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización.

Lugar y fecha: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Documento de Identificación y No. _____

Dirección: _____ Teléfonos: _____

Agente: _____

ADJUNTE FACTURAS ORIGINALES DE LOS GASTOS DE HOSPITAL FARMACIA Y DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, TERAPIA, RADÍOLOGO, LABORATORISTA, ETC.)

INFORME MÉDICO

Accidente

Enfermedad

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA APLICABLE DETALLADAMENTE

1) Nombre: _____

2) Edad: _____ Sexo: _____

3) Diagnóstico de enfermedad: _____

4) Según el paciente, fecha de los primeros síntomas: _____

5) En su opinión, ¿qué tiempo de evolución tiene la enfermedad? _____

6) Si usted sabe que el paciente consultó con otros médicos por la misma causa, escriba el nombre y fecha, si es posible

7) Descripción completa del padecimiento o de las lesiones: _____

8) Si el paciente padece otra enfermedad asociada o independiente, detalle aquí: _____

9) a) Número de días que asistió al paciente: _____ Fecha de primera consulta: _____

b) ¿Cuántas veces vio al paciente en su clínica?: _____ A domicilio: _____

c) Hospitalizado en: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

10) El tratamiento consistió en : (Detalle medicamentos, análisis, Rx, etc.)

11) Intervención quirúrgica practicada: _____

12) ¿Fecha en que el paciente estará curado? _____

13) ¿Quedará impedimento o secuela? _____

14) En caso de accidente o hecho violento, indique: hora: _____ fecha: _____

Lugar: _____ ¿Cómo ocurrió? _____

15) Observaciones: _____

_____, _____ de _____ de _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre: _____

Firma: _____

Teléfonos: _____

(Sello) No. JVPM _____

Dirección: _____