

FORMULARIO DE ATENCIÓN Y REEMBOLSOS

No. Contrato: _____

1. DATOS PERSONALES

1.1. TITULAR

1.1.1. Nombres y apellidos: _____ C.I.: _____

1.2. PACIENTE

1.2.1. Nombres y apellidos: _____

1.2.2. Cédula de identidad: _____ Edad: _____

1.2.3. Telfs: _____

1.3. CONTACTO

1.3.1. Nombre del contacto: _____

1.3.2. Parentesco: _____ Teléfonos: _____

2. INFORMACIÓN DEL RECLAMO

2.1. ACCIDENTE

2.1.1. ¿Cómo sucedió el accidente? _____

2.2. ENFERMEDAD

2.2.1. ¿Cuándo iniciaron los síntomas? _____

2.2.2. ¿Cuándo acudió al médico? _____

2.2.3. Nombre del médico: _____

2.2.4. Dirección, teléfono del médico: _____

2.2.5. ¿Estuvo hospitalizado por esta enfermedad? Si No N°. días: _____

2.2.6. Nombre de la institución: _____

2.2.7. Fecha de hospitalización, del _____ al _____

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE Y ATENCIÓN AMBULATORIA

3.1. DATOS DEL PACIENTE

3.1.1 Nombre del paciente: _____

3.1.2 Diagnóstico completo: _____

3.1.3 Fecha y detalle de los primeros síntomas: _____

3.1.4 Fecha del diagnóstico: _____

3.1.5 Fecha de la consulta: _____

3.1.6 Fechas de consultas programadas: _____

3.2. HOSPITALIZACIÓN

Si ordenó hospitalización:

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

3.2.1. En caso de cirugía por favor detallar el o los procedimientos médicos completos y posibles complicaciones

3.3. TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES

Por favor explique para que se recurrió al tratamiento y los efectos sobre la enfermedad y el tiempo del tratamiento

Fecha: _____

Firma y sello del médico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo de forma expresa a todos los Médicos y personas que me atendieron y a todas las Instituciones de salud, para que proporcionen a HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A., BELLGENICA, cualquier información verbal o escrita, incluso copias exactas de sus archivos médicos.

Lugar y fecha _____ Firma del paciente o su representante _____

Nombre del representante que firma _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

Al presente formulario por favor adjuntar los originales de los siguientes documentos:

- Facturas de medicinas y laboratorio con sus respectivos pedidos médicos
- Facturas de honorarios médicos
- Planilla de la Institución de salud, factura con el desglose de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (cirujano, anestesista, médico ayudante, radiólogo, laboratorista)
- Historia clínica
- Epicrisis
- Protocolo operatorio
- Hoja de Emergencia