



Información del paciente y asegurado

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente d d m m a a a a a Sexo del paciente F M Tel.

Dirección

Relación del paciente con el asegurado Usted Cónyuge Hijo Otro No. de Póliza

Esta condición está relacionada con A. Enfermedad Sí No B. Accidente Sí No

Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente d d m m a a a a a

Detalles del accidente o enfermedad

Firma del paciente o de la persona autorizada. Autorizo suministrar cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos, al médico proveedor descrito abajo.

Firma del Asegurado o Persona Autorizada Fecha d d m m a a a a a

Información del Médico o Proveedor

Fecha de enfermedad (Primer Síntoma), lesión (Accidente) o embarazo (Fum) d d m m a a a a a

Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición d d m m a a a a a

¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares? Sí No

Nombre del médico que lo refiere

Para servicios relacionados con la hospitalización, dar las fechas de la hospitalización

Admitido d d m m a a a a a Dado de alta d d m m a a a a a

Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios

¿Las pruebas de laboratorio se hacen fuera de su consultorio? Sí No

Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión.

Table with 5 columns: Fecha del Servicio, Código del Diagnóstico, Código del Procedimiento, Explique los servicios o circunstancias no usuales, Honorarios. Includes a Total row at the bottom right.

Observaciones

Dirección y teléfono del médico proveedor

Firma del médico proveedor y sello Código y registro