



SEGUROS
CREFISA
Tu segura compañía!

**FORMULARIO DE GASTOS MÉDICOS, PRECERTIFICACIÓN Y
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____

SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F ☐ M ☐
2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____

II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

- 1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____
- 2) La condición del paciente se debe a:
Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad Ocupacional ☐ Embarazo ☐
Accidente de Automóvil ☐ Enfermedad Común ☐ Fecha _____
Otros Accidentes ☐ SIDA ☐ U. M. _____ Día _____ Mes _____ Año _____
- 3) Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

- 4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____
- 5) ¿Ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Sí ☐ No ☐
Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
Nombre del Médico _____
Indique el Diagnóstico _____
- 6) Procedimiento o Cirugía a Realizar _____
Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____
- 7) Hospital donde desea la admisión: _____
Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): _____ Días (Sujeto a evaluación)
- 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intra hospitalario) Lps. _____
- ¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Ayudante? Sí ☐ No ☐
¿Requiere Anestesiólogo? Sí ☐ No ☐ ¿Requiere Médico Adicional? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo especifique _____
- ¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Sí ☐ No ☐ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
- Nombre y Dirección del Médico que emitió la segunda Opinión: _____
Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: _____
Observaciones _____
- Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Firma y Sello Médico _____

Teléfono _____

Certifico que la información declarada es verídica a mi leal saber y entender.

SECCIÓN: AUTORIZACIÓN (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

APROBADA Sí ☐ No ☐ Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.

Honorarios Médicos Reconocidos: _____ Código (s): _____

Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más el Deducible de Lps. _____ y
el 100% de los gastos no elegibles _____

Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

III. Información Complementaria

1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí ☐ No ☐ Cuántos días? _____ a partir de _____
En caso afirmativo ¿Por qué? _____

2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, explique: _____

3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, ¿cuándo terminará? _____

4) Observaciones: _____

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a la compañía de Seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.

Firma del Asegurado o representante legal

Confirmando que la información es verídica a mi leal saber y entender, y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación

Firma y Sello del Médico Tratante

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACION y/o EMERGENCIA; Y POR EL ASEGURADO Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Compañía de seguros: _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

1) La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo ☐
Accidente de Automóvil ☐
Otros Accidentes ☐

Enfermedad Ocupacional ☐
Enfermedad Común ☐
SIDA ☐

Embarazo ☐
Fecha ☐
U. M. _____ Día _____ Mes _____ Año _____

2) Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario ☐ Accidentes Personales ☐ Automóviles ☐

Nombre del Asegurado Titular: _____

Tarjeta de Identidad # _____

Empresa Contratante: _____

Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante