

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL TITULAR A CARGO DEL AFECTADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y EN LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Fecha: _____ Ciudad o Lugar: _____

Sección para ser llenada por el asegurado

DATOS DEL AFECTADO

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Años Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nombre del Contratante: _____
dd mm aaaa

Nombre del Hospital: _____ Póliza: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Describe AMPLIAMENTE cómo y dónde ocurrió el accidente:

Fecha del Ocurrido: ____/____/____ Hora: _____
dd mm aaaa

Lesiones Presentadas:

Nombre y Firma de Familiar Responsable Nombre y Firma de Institución Responsable Sello

Sección para ser llenada por el médico tratante (1)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo () Ayudante () 2° Ayudante ()

 Firma del Médico Tratante:

Sección para ser llenada por el médico tratante (2)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo () Ayudante () 2° Ayudante ()

Firma del Médico Tratante:

Sección para ser llenada por el médico tratante (3)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo () Ayudante () 2° Ayudante ()

Firma del Médico Tratante: