

FORMULARIO DE RECLAMACION - HOJA 2

SECCION C - Debe ser completada por el Médico Tratante

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dar su diagnóstico completo _____

3. ¿Se debe su condición a embarazo? SI NO
En caso afirmativo, de la fecha aproximada en que se inició el embarazo _____
DIA MES AÑO

4. Si se practicó Cirugía, describa la operación _____

5. ¿En qué Hospital o Clínica se practicó la Cirugía? _____
Fecha _____
DIA MES AÑO

6. Cite todas las fechas en que atendió al paciente:
En el Hospital: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
En la Casa: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u
En el Consultorio: _____ Total _____ Visitas a \$ _____ c/u

7. ¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____

8. Indique: Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

9. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta condición? _____
DIA MES AÑO

10. ¿Ha estado su paciente previamente hospitalizado por esta condición debido a la misma causa? SI NO
En caso afirmativo indique
Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
DIA MES AÑO
Diagnóstico _____
Nombre del Hospital _____ Fecha de Hospitalización _____
DIA MES AÑO
Diagnóstico _____

11. Según su opinión, ¿Fue causada la incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad debido a la ocupación? SI NO
En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

12. ¿Ha sido la enfermedad bastante seria para impedir que el paciente trabaje? _____

Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____
Sello del Médico _____ Fecha _____
DIA MES AÑO

OBSERVACIONES: _____

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución Nº 91-171-S de Julio 8 de 1991

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: crmcecuador@panamericanlife.com

