

## RECLAMO SALUD INDIVIDUAL

Reclamo No. \_\_\_\_\_ Monto del Reclamo: USD \$ \_\_\_\_\_  
Póliza No.: \_\_\_\_\_  
Certificado No. \_\_\_\_\_

Contratante: \_\_\_\_\_

### 1) DATOS GENERALES

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

Nombre del afiliado (empleado) \_\_\_\_\_  
Nombre del afectado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### 2) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ENFERMEDAD

Enfermedad que lo afecta: \_\_\_\_\_  
¿Cuándo manifestó los primeros síntomas la enfermedad? \_\_\_\_\_

### 3) DATOS DEL SINIESTRO EN CASO DE ACCIDENTE

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_  
Hora día y fecha: \_\_\_\_\_  
Actividad que ejercía: \_\_\_\_\_  
Cómo ocurrió: \_\_\_\_\_  
Lesiones personales sufridas: \_\_\_\_\_

### 4) DATOS SOBRE ASISTENCIA MÉDICA

¿Qué médico lo atendió? \_\_\_\_\_ ¿Clínica u hospital? \_\_\_\_\_  
¿Fue hospitalizado? \_\_\_\_\_ ¿Clínica u hospital? \_\_\_\_\_  
¿Objeto de la hospitalización? \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso al hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_  
Cirujano principal que intervino: \_\_\_\_\_  
Fue Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Diga los nombres de los médicos consultados en el año inmediato anterior a la enfermedad y objeto de la consulta:

Nombre del médico	Objeto de la consulta	Fecha	Dirección

Otros seguros: \_\_\_\_\_  
Importe de las reclamaciones anteriores: \_\_\_\_\_

### 5) AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares para que suministren a "SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS", las informaciones que ésta requiera, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de Identificación y No. \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Agente: \_\_\_\_\_

ADJUNTE FACTURAS ORIGINALES DE LOS GASTOS DE HOSPITAL FARMACIA Y DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, TERAPIA, RADÍOLOGO, LABORATORISTA, ETC.)

### INFORME MÉDICO

Accidente  Enfermedad   
POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA APLICABLE DETALLADAMENTE

- 1) Nombre: \_\_\_\_\_
- 2) Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- 3) Diagnóstico de enfermedad: \_\_\_\_\_
- 4) Según el paciente, fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_
- 5) En su opinión, ¿qué tiempo de evolución tiene la enfermedad? \_\_\_\_\_
- 6) Si usted sabe que el paciente consultó con otros médicos por la misma causa, escriba el nombre y fecha, si es posible  
\_\_\_\_\_
- 7) Descripción completa del padecimiento o de las lesiones: \_\_\_\_\_
- 8) Si el paciente padece otra enfermedad asociada o independiente, detalle aquí:  
\_\_\_\_\_
- 9) a ) Número de días que asistió al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de primera consulta: \_\_\_\_\_  
b ) ¿Cuántas veces vio al paciente en su clínica?: \_\_\_\_\_ A domicilio: \_\_\_\_\_  
c ) Hospitalizado en: \_\_\_\_\_
- Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_
- 10) El tratamiento consistió en : (Detalle medicamentos, análisis, Rx, etc.)
- 11) Intervención quirúrgica practicada: \_\_\_\_\_
- 12) ¿Fecha en que el paciente estará curado? \_\_\_\_\_
- 13) ¿Quedará impedimento o secuela? \_\_\_\_\_
- 14) En caso de accidente o hecho violento, indique: hora: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_ ¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_
- 15) Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DATOS DEL MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ (Sello) No. JVPM \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_