

## Reporte del Médico Tratante

Corre por cuenta del titular / paciente

Este Reporte del Médico Tratante es necesario en relación con su requerimiento para el beneficio de cobertura de Seguro Médico Internacional.

Si nosotros no recibimos este reporte dentro de 30 días, cerraremos nuestros archivos sin previo aviso, y no se tomara acción para el requerimiento de cobertura.

Por consiguiente, favor de instruir al médico.

### INTRUCCIONES:

#### 1. Para el titular y paciente

1. Ya que los honorarios médicos por la realización de este reporte corre por su cuenta, haga los arreglos con su médico para el pago de los mismos.
2. El titular (y paciente, en caso de que el titular no sea el solicitante principal), debe de leer y firmar la Certificación / Conocimiento / Autorización (numero 4 ) debajo.  
No podremos procesar su requerimiento de cobertura sin estas firmas.
3. Déle el formulario de reporte al médico que ha realizado el tratamiento de la enfermedad que se indicó en la sección A.

#### 4. CERTIFICACIÓN:

Yo certifico que estas respuestas y declaraciones son completas y ciertas al mejor de mis conocimientos y creencias. Yo informaré a La Colonial, S. A. cualquier cambio en la información dada, que ocurra entre el tiempo de haber completado este formulario y el tiempo que tome la cobertura en hacerse efectiva.

Yo estoy de acuerdo en que este documento forme parte de mi solicitud para la cobertura de Seguro Médico Internacional.

**CONOCIMIENTO:** Yo entiendo que, hasta el punto permitido por la ley, falsas declaraciones pueden dar como resultado la negación de reclamos, o que la cobertura del seguro sea rechazada a la fecha de vigencia sin beneficios pagaderos. Yo entiendo que las condiciones reveladas en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones del plan a través del cual solicito cobertura, incluyendo cualquier condición de limitación preexistente, y que los requisitos dependan del estado de salud. Mi firma indica que he recibido toda la información y declaraciones de este formulario por completo y con certeza.

**AUTORIZACION:** Para todos los médicos y otros profesionales de la salud, hospitales y otras instituciones de salud, aseguradoras, servicios médicos y hospitalarios y planes prepagados de salud, empleadores, oficina de información médica, están autorizados a proveerle a La Colonial, toda la información concerniente a cualquier atención médica, consejo, tratamiento o suministro (incluyendo aquellos relacionados con enfermedades mentales y/o AIDS/ARC/HIV) que me hayan dado a mi o a cualquier miembro de mi familia para quienes la cobertura ha sido requerida.

Esta información será usada con el propósito de determinar la elegibilidad para la cobertura.

Yo reconozco que he leído la Nota de Fraude que se muestra debajo y se que tengo el derecho de recibir una copia de este documento de autorización.

Firma del titular o persona autorizada (obligatorio)

Fecha de firma

día	mes	año
-----	-----	-----

Firma del paciente o persona autorizada ( obligatorio)

Fecha de firma

día	mes	año
-----	-----	-----

(En caso en que el paciente no sea el solicitante principal)

#### 1. Para el médico

1. El pago de los honorarios médicos por la realización de este reporte corre por cuenta del titular / paciente.
2. Verifique que el titular (y paciente, si el paciente no es el solicitante principal), haya firmado la sección número 4 (arriba).
3. Complete la sección A de la parte posterior de este reporte, Firme y póngale la fecha a esta sección.
4. Retorne este Informe de Tumor del Médico Tratante al paciente o a La Colonial, S. A., División de Seguro Médico Internacional, Av. Sarasota 75, Sto. Dgo.

### Noticia de fraude

Cualquier persona que a sabiendas y con intenciones de defraudar o engañar cualquier compañía de seguros, llene una declaración de reclamación conteniendo cualquier material falso, incompleto o desinformado, puede ser culpable de un crimen y puede ser responsable de sustanciales penalidades civiles.

## Reporte del Médico Tratante

Este cuestionario corre por cuenta del titular / paciente

Póliza No.

Fecha

día

mes

año

Al médico: La sección 1 al dorso de este formulario debe ser firmada por el titular (y paciente, si el paciente no es el solicitante principal).

No podremos procesar la solicitud de cobertura de Seguro Médico Internacional del titular sin su firma.

Nombre del titular

Cédula ó  
Pasaporte

Nombre del paciente

Fecha de  
nacimiento

día

mes

año

### A. Requerimiento de información adicional del médico. (Favor de escribir o printear y responder todas las preguntas)

Favor llenar la información relativa a los acápite citados debajo

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA                  | <input type="checkbox"/> Síndrome túnel carpiano  | <input type="checkbox"/> Riñones/vejiga           | <input type="checkbox"/> Infartos                      |
| <input type="checkbox"/> Alcohólico            | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Hígado                   | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias           |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Oídos                    | <input type="checkbox"/> Pulmones                 | <input type="checkbox"/> Tiroides                      |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Desorden mental/nervioso | <input type="checkbox"/> Tumor/crecimiento             |
| <input type="checkbox"/> Espalda/médula/cuello | <input type="checkbox"/> Ojos                     | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso         | <input type="checkbox"/> Úlceras                       |
| <input type="checkbox"/> Sistema circulatorio  | <input type="checkbox"/> Corazón                  | <input type="checkbox"/> Parálisis                | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades o lesiones |
| <input type="checkbox"/> Huesos                | <input type="checkbox"/> Hernia                   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         |  |
| <input type="checkbox"/> Cerebro               | <input type="checkbox"/> Desordenes Inmunológicos | <input type="checkbox"/> Convulsiones             |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Intestinos               | <input type="checkbox"/> Piel                     |  |

Presión sanguínea. Incluir las presiones de los últimos 3 años con sus lecturas

Estatura actual (Pies/Pulg.)

Peso actual (Lib.)

### B. Para el médico: favor responder todas las preguntas Marque aquí si usted esta usando información adicional sobre otra enfermedad.

#### Tratamiento

Fechas de consultas  
(Mes/Año)

Síntomas y hallazgos físicos encontrados

Duración de la  
enfermedad

Diagnóstico

Describir tratamiento

#### Toda la medicación reciente

Fármaco

Dosis

Indicaciones

Pruebas diagnósticas pertinentes, resultados de laboratorios y reportes patológicos (Incluir fechas)

Evolución de la enfermedad (Incluir secuelas y complicaciones)

Estado actual

Estable  Inestable

Régimen de manejo actual

Recuperado Fecha

¿Por qué tiempo ha tratado  
a este paciente?

¿Han sido consultados otros  
médicos o cirujanos?

Si respondió afirmativamente, favor dar los nombres, direcciones y la naturaleza de la enfermedad

Si  No

Yo autorizo a dar información de este reporte al aplicante

Si  No

Nombre del médico y dirección

Firma del médico

Designación profesional

Tel. del médico

Fecha

día

mes

año

Enviar a: La Colonial, S.A., División de Seguro Médico Internacional, Av. Sarasota 75, Sto. Dgo.