

Reporte Cardiovascular del Médico Tratante

Corre por cuenta del titular / paciente

Este Reporte Cardiovascular 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 arterial coronaria.

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 Cardiovascular 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

¿El paciente (arriba indicado), indicó sobre la evidencia de asegurabilidad, un diagnóstico o tratamiento por enfermedad arterial coronaria ? Si No

Favor de dar los detalles relativos a esta condición.

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

Diagnóstico

Fecha del
diagnóstico

día

mes

año

Al momento del diagnóstico, el paciente tuvo: (Si la respuesta es afirmativa favor dar fechas)

Si No

Fechas

Tipo de arritmia

Arritmias

día

mes

año

Insuf. card. congest.

día

mes

año

¿Retorno a su actividad normal? Si No

Si respondió Si, decir fechas

Si respondió No, decir cuales fueron las restricciones

día

mes

año

Estatura
(Pie/Pulg.)

Peso
(Lib.)

Resultados del perfil lipídico (Incluir fechas)

¿Es hipertenso el paciente?

Si

No

Lecturas de su presión sanguínea por los últimos 3 años (Favor incluir todas las fechas y sus lecturas)

¿Esta el paciente recibiendo otros cuidados por otra condición?

Si

No

Si respondió Si, favor dar el diagnóstico

Desde el tiempo del diagnóstico y/o cirugía, ¿ha tenido el paciente?

Si

No

Fechas

Si

No

Fechas

Arritmias

día

mes

año

Insuf. card. congest.

día

mes

año

Dolor de pecho

día

mes

año

I.A.M

día

mes

año

Angiografía coronaria (Si se ha realizado)

Fechas

día

mes

año

Resultados

Hospitalizaciones y/o cirugías relacionadas con el padecimiento (Incluyendo la nota de Alta y/o notas de cirugía.) Si No

Favor dar fecha y descripción de procedimientos

Medicación actual

Fármacos

Dosis y frecuencia

Indicaciones

¿Se le ha realizado al paciente de estos estudios? (Favor enviar una copia de los estudios que se le han realizado al paciente)

Si

No

Ecocardiograma

Holter

Si

No

Scan de talio

Electrocardiograma

Prueba de esfuerzo

B. Para el médico: Complete y firme esta sección

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