

Reporte de Diabetes del Médico Tratante

Corre por cuenta del titular / paciente

Este Reporte de Diabetes 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 diabetes.

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 de Diabetes del Médico Tratante

Este cuestionario corre por cuenta del titular / paciente

Póliza No.

Fecha

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

Fecha del diagnóstico de diabetes día mes año Clasificación Juvenil Adulto Estatura Pies/Pulg. Peso (Lbs.) Peso de 1 año atrás (Lbs.)

Dieta Presente Calorías Proteínas (gms.) Grasas (gms.) Carbohidratos (gms.)

¿Con qué cuidado lleva usted la dieta recomendada? Ninguno Algunas veces Cuidadosamente

¿Esta usando insulina? Si No Tiempo en que se administra la insulina Cantidad de unidades Tipo(s)

¿Qué cantidad de insulina se administró el año pasado? En los 2 años anteriores

¿Alguna reacción a la insulina? Moderada Severa Ninguna Frecuencia

Si fuera severa, dar las fechas

¿Esta usando tratamiento oral? Si No Nombre del fármaco Dosis y frecuencia

¿Tiene historia de coma diabético? Si No Número de veces y fechas

¿El paciente es NO cooperador con su dieta o tratamiento? Si No Si su respuesta fue Si, favor de describir

¿Existen complicaciones de la diabetes? Si No Si su respuesta fue Si, favor de describir

¿Existe una supervisión médica regular actual? Si No Frecuencias de las consultas Fecha de último chequeo médico

¿Se hace el paciente pruebas de sangre u orina? Si No Frecuencia Resultados

Estudios requeridos: Esta aplicación no será considerada sin las siguientes pruebas realizadas de los últimos 6 meses (anexar copias de resultados)

	Fecha			Resultado
Glicohemoglobina	día	mes	año	<input type="text"/>
Examen de orina (para microproteinuria)	día	mes	año	<input type="text"/>
Angiografía fluoroscópica (Si se ha hecho)	día	mes	año	<input type="text"/>

Glicemias de por lo menos 2 años

Presión sanguínea (Dar todas la lecturas del año pasado)

¿Esta el paciente tratado por alguna otra condición médica? Si No Si su respuesta fue Si, favor dar detalles

Existe alguna historia o evidencia de:

	Si	No		Si	No		Si	No
Desordenes circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones oftálmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes inmunológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infartos / TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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