

Reporte de Tumor del Médico Tratante

Corre por cuenta del titular / paciente

Este Reporte de Tumor 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 del cáncer/tumor o de la masa en crecimiento.

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 Tumor 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 del Seguro Médico Internacional de cobertura del titular sin su firma.

Nombre del titular Cédula ó Pasaporte

Nombre del paciente Fecha de nacimiento día mes año

El paciente arriba indicado, ha requerido una póliza del Seguro Médico Internacional. El/ella ha indicado tener **cáncer/tumor/masa en crecimiento en por lo menos los últimos 10 años**. Favor llenar la información relativa a esta condición.

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

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico ¿Estaba post-menopausica al momento del diagnóstico? Si No

Hallazgo de laboratorio Si No Benigno Si No Maligno Si No Ganglios linfáticos positivos

(Incluir fechas) Favor incluir reporte de patología y niveles de marcadores de tumor (Si aplica)

Estadio Metástasis

Tamaño Estrógeno dependiente (Si aplica)

Grado Otros

Complicaciones (Si fue afirmativa su respuesta favor dar detalles)

Tratamiento	Si	No	Tipo	Fecha inició / Fecha completó
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimio terapia			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hormonal			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro (Explique)			<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esta completo el tratamiento Si No

Fecha en que se completó el régimen total de tratamiento día mes año Si la respuesta es No, fecha en que espera completarlo día mes año

Seguimientos ¿Esta el paciente en un apropiado programa de seguimiento (Ejem. Visitas Médicas, Rayos X, etc...)? Si No

Si la respuesta es No, explique el porque

Condición actual Estatura actual (Pies/ Pulg.) Peso actual (Libs.) Ganó/perdió libras Tomado en fecha

¿Esta asintomático actualmente? Si No

Si la respuesta es Si, favor de listar los síntomas

¿Qué tiempo ha estado el paciente libre de la enfermedad?

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