



# CAMARA HONDUREÑA DE ASEGURADORES

## FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

### SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

#### I. Datos Generales

1) Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M

#### II. Historia Clínica

1) ¿Desde cuándo trata usted al paciente? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

2) La condición del Paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	Fecha	_____
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	U.M.	Día Mes Año

3) Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamiento en el consultorio, si procede: \_\_\_\_\_

4) ¿Cuándo se presentó el primer síntoma de la enfermedad, o cuando ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

5) ¿Ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Sí  No   
Si es afirmativo: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
Indique el diagnóstico \_\_\_\_\_

#### III. Consultas Ambulatorias

Número de Consultas	Total honorarios por consultas	Total honorarios por tratamiento
_____	Lps. _____	Lps. _____

#### IV. Hospitalizaciones

1) Ingreso \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ A.M. Egreso \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ A.M.  
Día Mes Año P.M. Día Mes Año P.M.

2) Clase de Tratamiento, Cirugía o Intervención practicada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿Se presentó alguna complicación? Sí  No  En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Explique que intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V. Información Complementaria

- 1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí  No  ¿Cuántos días? \_\_\_\_\_ A partir de \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí  No   
En caso afirmativo Explique: \_\_\_\_\_
- 3) ¿Continua el Paciente a su cuidado por esta condición? Sí  No   
En caso afirmativo ¿Cuándo terminará? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Observaciones:

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante \_\_\_\_\_

Confirmando que he verificado la información y los cargos efectuados. Así mismo autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a la compañía de seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Principal

Certifico que la información es verdadera a mi leal saber y entender; y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

SECCIÓN B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O POR EL ASEGURADO, Y AUTORIZADO POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario  Accidentes Personales  Automóviles

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_

Empresa Contratante \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital o Clínica \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Gastos incurridos por: Asegurado Principal  Cónyuge  Hijo  Otros

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Hospital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Contratante