

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.  
 Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

RECLAMO		
MÉDICO HOSPITALARIO	ACCIDENTES PERSONALES	COLECTIVO DE VIDA
Colectivo <input type="checkbox"/>	Escolar <input type="checkbox"/>	Renta por Hospitalización <input type="checkbox"/>
Individual (Mediseguro Familiar) <input type="checkbox"/>	Empresa <input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>
	Individual <input type="checkbox"/>	Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>
		Invalidez <input type="checkbox"/>

**Indicaciones:**

- Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía, la cual será contestada por el último médico que lo asistió.
- Si el asegurado es menor de edad (Accidentes personales-Escolar), el formulario deberá ser llenado por sus padres o su representante legal debidamente autorizado.

**I. EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO**

1. ASEGURADO	TEL. RESIDENCIA	TEL. CELULAR	PÓLIZA	CERTIFICADO
2. PACIENTE RECLAMANTE			PARENTESCO	EDAD
3. CAUSA DE LA RECLAMACIÓN:	ENFERMEDAD ( )	ACCIDENTE ( )	OTROS ( )	
4. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ENFERMEDAD INDIQUE:				
a) EL PADECIMIENTO _____				
b) ¿CUÁNDO SE PRESENTARON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS? _____				
c) ¿CUÁNDO COMENZÓ EL TRATAMIENTO? _____				
5. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ACCIDENTE INDIQUE:				
a) ¿CUÁNDO OCURRIÓ? _____				
b) ¿DÓNDE OCURRIÓ? _____				
c) ¿CÓMO OCURRIÓ? _____				
6. MÉDICO CONSULTADO:			FECHA:	
7. REFERENCIAS DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS				
NOMBRE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO
PRIMER MÉDICO				
MÉDICO ACTUAL				
8. SI HA ESTADO HOSPITALIZADO POR ESTA DOLENCIA, INDIQUE:				
NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA		FECHA ENTRADA		FECHA SALIDA

DECLARO QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE ME ATENDIERON, PARA QUE SUMINISTREN A LA CENTRO AMERICANA, S.A., CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE RECLAMO Y SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGÚN RECLAMO.

 F. \_\_\_\_\_  
 ASEGURADO

 \_\_\_\_\_  
 FECHA

**II. GASTOS RECLAMADOS - Aplica únicamente para reembolso de gastos médicos**

	No. DOCUMENTOS	MONTO
1. CUENTA HOSPITALARIA		
2. HONORARIOS POR CIRUGÍA		
3. ANESTESISTA		
4. HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTAS		
5. HONORARIOS POR TRATAMIENTOS		
6. LABORATORIOS Y RAYOS X		
7. FARMACIA FUERA DEL HOSPITAL		
8. OTROS (ESPECIFIQUE)		
9. TOTAL DE GASTOS RECLAMADOS		

## EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO TRATANTE

CONFIRMO EN MI CONDICIÓN DE MÉDICO, HABER ASISTIDO AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y CONDICIONES CONCURRENTES \_\_\_\_\_

EN CASO DE PACIENTE FEMENINO ¿SE DEBE LA CONDICIÓN A EMBARAZO? SI ( ) NO ( )

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, EDAD DEL EMBARAZO \_\_\_\_\_

2. ¿EN QUÉ FECHA COMENZÓ LA CAUSA BÁSICA DE ESTA CONDICIÓN? \_\_\_\_\_

¿TIEMPO DE EVOLUCIÓN? \_\_\_\_\_

3. ¿HA SIDO TRATADO POR LA MISMA CAUSA U OTRAS? \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE, INDIQUE FECHAS, MÉDICOS, ETC. \_\_\_\_\_

4. ¿ESTUVO HOSPITALIZADO POR LA CAUSA DE ESTE RECLAMO? SI ( ) NO ( )

NOMBRE DEL HOSPITAL \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_

5. ¿CUÁNTAS VECES DIARIAS TRATÓ AL PACIENTE EN EL HOSPITAL? \_\_\_\_\_

6. DETALLES DEL TRATAMIENTO (INCLUYENDO OPERACIÓN, SI HUBO) \_\_\_\_\_

7. SEGÚN SU OPINIÓN, QUEDARÁ IMPEDIMENTO O SECUELA SI ( ) NO ( )

EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

8. SI LA CAUSA FUE POR ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUÉ OCURRIÓ: \_\_\_\_\_ LUGAR EN QUÉ OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

CÓMO OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

9. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

### COMPLETAR ESTA PARTE ÚNICAMENTE EN CASO DE PÉRDIDA DE MIEMBRO U ÓRGANO

ESPECIFIQUE EL MIEMBRO U ÓRGANO PERDIDO	TIPO DE PÉRDIDA	PRONÓSTICO
IZQUIERDO ( )      DERECHO ( )	TEMPORAL ( )      PERMANENTE ( )	
PUNTO O SEPARACIÓN DEL MIEMBRO U ÓRGANO:	FECHA EN QUE SUFRIÓ LA PÉRDIDA:	