

Datos del Afiliado

Contratante	<input type="text"/>	Contrato No.	<input type="text"/>
Titular	<input type="text"/>	ID.	<input type="text"/>
Paciente	<input type="text"/>	Certificado No.	<input type="text"/>
Parentezco	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Edad	<input type="text"/>
		Teléfono	<input type="text"/>

Detalle de la incapacidad

Enfermedad	Datos del médico tratante	Quando empezo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? Sí No ¿Cuándo? D M A

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Detalle de documentos

	Cant. Soportes	Valor	Atención
Consulta externa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>
Laboratorio clínico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Imágenes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Medicinas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Procedimientos ambulatorios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hospitalización y cirugía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Valor total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Al reclamo se deben adjuntar facturas ORIGINALES de honorarios médicos, laboratorios y centros de imagen, farmacia, pedido de exámenes y copias de los resultados y receta medica. En caso de ser un gasto hospitalario se adjuntarán facturas de hospital o clínica con todos los soportes de los gastos desglosados, factura de honorarios médicos, historia clínica, record operatorio, resultados de exámenes de laboratorio e imagen. Las facturas deben estar a nombre del titular o cónyuge, no se aceptarán facturas a nombre de consumidor final.

Para ser llenado por el médico tratante

Paciente	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad	<input type="text"/>
----------	----------------------	------	---	------	----------------------

Diagnóstico Actual	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Favor indicar tratamiento u operación	<input type="text"/>	Favor indicar exámenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnosticas	<input type="text"/>
---------------------------------------	----------------------	--	----------------------

Codigo de procedimiento	<input type="text"/>	Observaciones	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	---------------	----------------------

Firma y sello médico

Firma del asegurado titular

Lugar y fecha