

Certificado Médico de Notificación para Hospitalización o Cirugía



Este formulario ha sido creado con el fin de orientar a nuestros asegurados sobre el proceso de notificación de manera que ellos solo deban preocuparse de lo más importante: su salud o la salud de sus seres queridos. **Este formulario tendrá validez de certificado médico únicamente si esta completo en su totalidad y adecuadamente firmado por el profesional tratante.**

IMPORTANTE (por favor leer detenidamente)

Su bienestar es la prioridad número uno y naturalmente no podrá llamarnos antes de un tratamiento de emergencia. Sin embargo, usted deberá notificar a Best Doctors **durante las próximas 48 horas**, desde el momento en que reciba servicios médicos.

Para internaciones electivas, cirugías programadas, Imágenes de Resonancia Magnética, servicios de Tomografía Computadorizada y otros procedimientos, usted debe notificar a Best Doctors **por lo menos 72 horas** antes de recibir los servicios médicos. En estos casos, el formulario completo deberá ser enviado a precert@bestdoctors.com o por fax al 1 800 476-1160.

Una vez recibido todo el material requerido, enviaremos una Garantía de Pago al hospital de acuerdo a las condiciones de su cobertura de seguros. Si tuviera alguna pregunta al respecto, no dude en ponerse en contacto con nuestro Centro de Notificación**.

Notificación de (marque lo que corresponda)

Hospitalización de emergencia Atención médica programada

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

APELLIDO(S), NOMBRE(S)

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

EMAIL

NÚMERO TELEFÓNICO

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

NOMBRE DEL HOSPITAL

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

EMAIL (OPCIONAL)

NÚMERO TELEFÓNICO

INFORMACIÓN DE LA CONDICIÓN MÉDICA

SÍNTOMAS PRINCIPALES

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA
(MM/DD/AAAA)

DIAGNÓSTICO (S)

TRATAMIENTO (S) ANTERIOR (ES)

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL SI
CORRESPONDIERA (MM/DD/AAAA)

FECHA TENTATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA O PROCEDIMIENTO
PROGRAMADO (MM/DD/AAAA)

TRATAMIENTO PREVISTO Y PRONÓSTICO

INFORMACIÓN ADICIONAL

Continúa

INFORMACIÓN DE LA MATERNIDAD (Completar si corresponde)

Parto Normal Cesárea _____
FECHA ESTIMADA DEL PARTO
(MM/DD/AAAA)

EN CASO DE CESÁREA, POR FAVOR INFORMAR INDICACIÓN MÉDICA

DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN
(EN DÍAS)

¿Ha sido la paciente sometida alguna vez a tratamiento de fertilidad?

Sí No _____
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

INFORMACIÓN DEL PRESUPUESTO (esta sección podrá ser reemplazada por un presupuesto)

HOSPITAL

HONORARIOS MÉDICOS

ANESTESISTA

CIRUJANO

ASISTENTE

OTROS

FIRMA DEL PROFESIONAL TRATANTE

Certifico que los datos provistos en este reporte representan mi mejor entendimiento de la condición médica del paciente arriba mencionado.

FIRMA

SELLO PROFESIONAL

FECHA (MM/DD/AAAA)

****El Centro de Notificación de Best Doctors está abierto las 24 horas del día todos los días del año.**

Los teléfonos de contacto se encuentran al dorso de su tarjeta de seguros. Desde Estados Unidos, puede llamar en forma gratuita al 1-866-902-7775