

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

Fecha de Recibido: _____

RECLAMO		
MÉDICO HOSPITALARIO	ACCIDENTES PERSONALES	COLECTIVO DE VIDA
Colectivo ☐	Escolar ☐	Renta por Hospitalización ☐
Individual (Mediseguro Familiar) ☐	Empresa ☐	Incapacidad Temporal ☐
	Individual ☐	Enfermedades Graves ☐
		Invalidez ☐

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:	