

Nombre :
Domicilio :

del Reclamo :
ID de Asistencia de Salud :
Paciente :
Relación :
Fecha Efectiva :

Estimado Doctor,

Para poder procesar un reclamo recientemente recibido, necesitaremos la siguiente información adicional (*nota: favor de usar el otro lado de este formulario si requiere más espacio para sus respuestas a la siguientes preguntas*):

1. ¿Proporcionó usted algún tratamiento para este paciente dentro del _____ al _____ ? Sí No
Si es así, favor de alistar las fechas de las visitas y el diagnóstico (código ICD-9) de cada visita.

2. ¿Utilizaba el paciente alguna medicina recetada por ALGUNA condición entre las fechas demostradas en la pregunta #1?
Sí No
Si es así, favor de indicar la(s) medicina(s) específica(s) que se administran, fecha(s) inicial(es) recetada(s), y la frecuencia de su uso.

3. ¿Se hospitalizó el paciente por ALGUNA condición entre las fechas demostradas en la Pregunta #1? Sí No
Si es así, dé la(s) fecha(s) y el nombre y domicilio del médico asistente.

4. ¿Se le proporcionó algún tratamiento por ALGUNA condición por cualquier otro médico entre las fechas demostradas en la Pregunta #1? Sí No
Si es así, dé la(s) fecha(s) y el nombre y domicilio del otro médico.

Firma del Doctor

Fecha

Cumpliremos con repaso completo de su reclamo tras el recibo este formulario completado. Gracias por su ayuda.

Sinceramente,
El Departamento de Reclamos