DELTA HEALTH SYSTEMS

REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado ___ - _____ No. Seguro Social del Empleado ___ - __ - ____

FORMULARIO PARA RECLAMO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

1. NOMBRE DEL PACIENTE

2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
| |

3. NOMBRE DEL EMPLEADO

4. DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

5. SEXO DEL PACIENTE
HOMBRE ❑ MUJER ❑

7. RELACIÓN DEL PACIENTE AL EMPLEADO
YO ❑ CÓNYUGE ❑ NIÑO ❑ OTRO ❑

6.DOMICILIO DEL EMPLEADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

❑ **MARQUE AQUÍ SI ES UN DOMICILIO NUEVO**

8. OTRA COBERTURA DE SEGURO
¿SE CUBRE EL PACIENTE CON OTRO PLAN? ❑ Sí ❑ No SI ES ASÍ, PROVEA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CARGADOR:

IDENTIFICACIÓN O SEGURO SOCIAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____

TIPOS DE COBERTURA DEL CARGADOR: ❑ MÉDICO ❑ MEDICINA ❑ DENTAL ❑ VISTA

FECHA EFICAZ DE COBERTURA _____ TERMINACIÓN DE COBERTURA _____

9. AUTORIZO EL DENTISTA SUSCRITO REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO.

FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA

10. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DENTALES AL DENTISTA SUSCRITO O PROVEEDOR DE SERVICIO(S) DESCRITO(S) ABAJO.

FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR

11. FECHA DE

ENFERMEDAD (PRIMERA SÍNTOMA) O LASTIMADURA (ACCIDENTE) O EMBARAZO (LMP)

12. FECHA DE PRIMER CONSULTO PARA ESTA CONDICIÓN

13. ¿SE RELACIONA LA CONDICIÓN DEL PACIENTE A:
EMPLEO DEL PACIENTE? ❑ Sí ❑ No

14. ¿SE RELACIONA LA CONDICIÓN A UN ACCIDENTE? ❑ Sí ❑ No SI SE RELACIONA A UN ACCIDENTE, FAVOR DE PROVEER DETALLES:

15. NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE U OTRA FUENTE Y DOMICILIO

16. PARA SERVICIOS RELACIONADOS A HOSPITALIZACIÓN, PROVEA FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN

17. NOMBRE Y DOMICILIO DEL CENTRO DONDE SE LLEVARON A CABO LOS SERVICIOS

18. ¿SE LLEVARON A CABO PRUEBAS LABORATORIOS FUERA DE SU OFICINA?
❑ Sí ❑ No TARIFAS

19. DIAGNOSIS O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LASTIMADURA. RELACIONE EL DIAGNOSIS AL PROCEDIMIENTO EN LA COLUMNA D

CÓDIGOS DE SERVICIOS*

1 – PACIENTE HOSPITALIZADO
2 – PACIENTE NO HOSPITALIZADO
3 – OFICINA DE DOCTOR
4 – HOGAR DEL PACIENTE
5 – CENTRO DE AYUDA DEL DÍA (PSI)
6 – CENTRO DE AYUDA DE NOCHE (PSI)
7 – AYUDA DE ENFERMERA
8 – CENTRO DE ENFERMERAS HÁBILES
9 – AMBULANCIA
O – OTRO CENTRO
A – LABORATORIO INDEPENDIENTE
B – CENTRO DE CIRUGÍA AMB
C – CENTRO DE TRAT RESIDEN
D – CENTRO DE TRAT ESPECIAL
E – REHAB DE PACIEN NO HOSP DE COMP
F – CENTRO DE TRAT PARA ENFERMEDAD DE RIÑÓN

20. A FECHAS DE SERVICIO DESDE	HASTA	B* CENTRO DE SERVICIO	C PLENAMENTE DESCRIBA PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PROVISIONES PROVISTAS PARA CADA FECHA APUNTADA CÓDIGO DE PROCED CPT-4	(EXPLIQUE SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS INUSUALES)	D CÓDIGO DE DIAGNOSIS	E CARGOS	F DÍAS O UNIDADES

21. FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR (INCLUSIVO TÍTULO(S) O CREDENCIALES)

FECHA:

22. ¿ACEPTA LA ASIGNACIÓN? (RECLAMOS DE GOBIERNO SOLAMENTE)
❑ Sí ❑ No

23. CARGOS TOTALES

BALANCE TOTAL

24. SU NÚMERO DE ID DE IMPUESTOS

25. NOMBRE DEL MÉDICO, PROVEEDOR Y/O GRUPO, DOMICILIO, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO

26. EL NÚMERO DE CUENTA DE SU PACIENTE

27. NOMBRE IMPONIBLE DE LA ENTIDAD (SI DIFIERE A LA CAJA 25)