



AVISO DE RECLAMO PARA HOSPITALES, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

IMPORTANTE: Este formulario debe llenarse completo y con exactitud en **letra amplia, clara y legible** acompañado de las facturas, recetas y resultados originales, **Sin estos requisitos no se podrá procesar ningún reclamo.**

1.- PARA SER CONTESTADO POR EL BENEFICIARIO TITULAR

EMPRESA CONTRATANTE DEL SERVICIO: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO TITULAR: _____ CEDULA IDENTIDAD: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ PARENTESCO: _____

2.- PARA SER CONTESTADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

PLAN DE MANEJO: _____

TRATAMIENTO MÉDICO: _____

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA: _____

3.- HOSPITALIZACIÓN:

MEDICO TRATANTE: _____ ESPECIALIDAD: _____

CLÍNICA U HOSPITAL DE ATENCIÓN: _____

DEL ACTO QUIRÚRGICO: FECHA DE LA INTERVENCIÓN: _____ TIEMPO DE DURACIÓN: _____ hrs.

TIPO DE INTERVENCIÓN: ELECTIVA ☐ CIRUGÍA MAYOR ☐ CIRUGÍA CORRECTORA DE EFECTO CONGÉNITO ☐

EMERGENCIA ☐ CIRUGÍA MENOR ☐ CIRUGÍA CORRECTORA DE EFECTO ADQUIRIDO ☐

DESCRIPCIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO REALIZADO: _____

SI EXISTIÓ ALGUNA CAUSA QUE COMPLICARA LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, DESCRÍBALA: _____

PATOLOGÍA

DESCRIPCIÓN RESULTADO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (IMPRESCINDIBLE ANEXAR COPIA): _____

NOMBRE DEL PATÓLOGO: _____ FECHA DE INFORME DEL PATÓLOGO: _____

MATERNIDAD (PARTO)

FECHA DE PARTO: _____ SEXO: _____ TIPO DE PARTO: ☐ NORMAL ☐ CESÁREA

ANTECEDENTES: _____

SI HUBO COMPLICACIONES EN EL PARTO O PUERPERIO, DESCRÍBALAS: _____

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: _____

COD. COLEGIO DE MEDICOS: _____

4.- DETALLE DE HONORARIOS Y ATENCIÓN MEDICA

CONSULTA MEDICA: _____

TRATAMIENTO: _____

LABORATORIO: _____

CIRUGÍA: _____

OTROS: _____

TOTAL: _____

FIRMA DE CONFORMIDAD
(EMPLEADO / TITULAR)

Mediante el presente documento, me comprometo a pagar toda diferencia que **LHS Administración, S. A.**, no cancele al Centro Hospitalario, de acuerdo a las condiciones del Plan Integral de Salud.

Autorizo sin reserva, al médico que me haya atendido y a la institución Hospitalaria, proporcionar a **LHS Administracion, S.A.**, la información que necesite y requiera para el debido proceso de análisis liquidación con relación a este reclamo.