

# FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS MEDICOS



IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar las preguntas en forma detallada.

## SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora: Informatica Atlántida  
Nombre completo del asegurado: Alexis Javier Lagos Escoto  
Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos Incurridos por: MI ☐ ESPOSO(A) ☐ HIJO(A) ☒  
Nombre del Paciente: Ana Sophia Lagos Quintanilla  
Edad: 8 años Sexo: F Fecha de Nacimiento: 14/09/2017  
Estado Civil: Soltera Ocupación: Estudiante

### En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Como ocurrió (practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.): \_\_\_\_\_

### En caso de enfermedad:

Describir los síntomas: Malestar en las vías respiratorias

Fecha en que dio inicio: 28/11/2025 Fecha de la primera consulta: 28/11/2025

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

SI ☐ NO ☒ Cuando: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo favor indicar el nombre, dirección, teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada: \_\_\_\_\_

### En caso de Maternidad:

Fecha de inicio del embarazo: \_\_\_\_\_

Fecha del parto o aborto: \_\_\_\_\_

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios: \_\_\_\_\_

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: SI ☐ NO ☒

Si su respuesta es afirmativa, favor indicar el nombre y número de póliza: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos (expedientes del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc., pertenecientes a este reclamo. Quedando entendido que la compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Fecha: 28/11/2025 Firma del Asegurado: [Firma]

Dirección: Col. La Joya Sector 3 Bloque 8 Casa 4916 Teléfono: 95761113

## SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE.

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI ☐ NO ☐

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI ☐ NO ☐

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI ☐ NO ☐

Nombre del Asegurado:		
Fecha efectiva del seguro:	Fecha de empleo:	
Nombre del dependiente:	Fecha efectiva del seguro:	
Nombre del dependiente:	Fecha efectiva del seguro:	
Nombre de la empresa contratante:		
Póliza Número:	Certificado Número:	Categoría o Clase:
Firma Autorizada:	Cargo:	
Fecha:	SELLO DE LA EMPRESA:	

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMENES DE DIAGNÓSTICO Y RECETAS DE MEDICINA



**SECCION "C" PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

1. Nombre del paciente: Rosa Betha Lopez Quintanilla Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐
2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: \_\_\_\_\_
3. Dé su diagnóstico completo: Asma bronquial
4. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? \_\_\_\_\_
5. Fecha inicial del tratamiento: \_\_\_\_\_
6. ¿Ordenó usted hospitalización? SI ☐ NO ☐ En caso negativo, nombre del médico que la ordenó: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
7. Si el paciente fue referido por otro médico o hay otros médicos involucrados, favor citar:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR UNICAMENTE LA SECCION QUE CORRESPONDA AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO

**TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Número de visitas en clínica: 1 Valor por visita: 1600.00 Total: 1600.00  
Número de visitas a domicilio: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de Egreso: \_\_\_\_\_  
Si no hay cirugía: Describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: \_\_\_\_\_  
Número de visitas dentro del hospital: \_\_\_\_\_ Valor por visita: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
(Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Si hay cirugía, indique el nombre de el o los procedimientos realizados: \_\_\_\_\_  
Número de Código REDHSA: \_\_\_\_\_  
Número de Código REDHSA: \_\_\_\_\_  
Honorarios por procedimiento quirúrgico exclusivamente: \_\_\_\_\_

**MATERNIDAD**

Si el reclamo es por maternidad, indique:  
Fecha aproximada de fecundación: \_\_\_\_\_ Fecha de parto o aborto: \_\_\_\_\_

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieren a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y sello del Médico: Gonzalo Lopez Quintanilla No. de Colegiado: 3230

Dirección y Teléfono: Col. El Pueblo 22345507

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: 28 Noviembre

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

**SECCION PARA SER COMPLETADA POR LA COMPAÑÍA CONFORMACION DE COBERTURAS**

Empleado asegurado SI ☐ NO ☐ Dependiente SI ☐ NO ☐ Cobertura de Gastos Médicos SI ☐ NO ☐

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ Fecha inclusión al plan: \_\_\_\_\_  
Primas pagadas hasta: \_\_\_\_\_ Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FORMA GM-SA-01-05





**SERVICIOS DE SALUD PINEL OSORIO**  
**DR. GUILLERMO ARTURO PINEL OSORIO**  
ESPECIALISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Col. El Prado, Plaza premier, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras

Correo: gapinelh@gmail.com

R.T.N.: 08011966008918 / TEL.: 9980-5146  
CAI: 395CA6-37944C-7438E0-63BE03-09092E-71

**RECIBO POR HONORARIOS**  
**PROFESIONALES**

Nº 000-001-04-00 **016448**

Recibí de: ana sofia lagos Quintanilla

R.T.N.: \_\_\_\_\_

La Cantidad de:

mil seiscientos Compañon

Por Concepto de: \_\_\_\_\_

consulta pediátrica

Tegucigalpa, M.D.C.

28 de Noviembre del 2025

Monto Bruto Percibido L.

1600.00

Monto Retenido L.

-

Monto Neto L.

1600.00



Firma

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Fecha Límite de Emisión: 07 de Julio del 2026

Rango Autorizado: 30 Talonarios del 000-001-04-00015951 al 000-001-04-00017450

SERVICIOS MULTIPLES ARTEGRAFICO / RTN:06051976006072-Tel.2238-6954 CERTIFICACIÓN No. 9231-23-10500-94



**Lactéolfort**  
Lactobacillus LB

Upral

**Claribac**  
clatronic

**Clanic Bid**  
amoxicilina + ácido clavulánico

**Aticef**  
ceftriaxona



**Dr. Guillermo Arturo Pinel Osorio**

ESPECIALISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Colonia El Prado, Plaza Premier Humuya  
primer nivel contiguo a CEUTEC

Tels. 2235-9421 / 2232-5851 / 9980-5146 / 9692-4179

Lunes a Viernes  
7:00 am - 12:00 m  
6:00 pm - 9:00 pm  
Sábados  
9:00 am - 3:00 pm

Fecha:

28/11/2014

Paciente:

Ana Sofía López

1. - plvksolhc Dx  
5ml 4/6h  
#if  
2. - plvksolhc (5ml)  
4/6h #if  
3. - bromuro  
5ml 4/8h  
#if



**LANCASCO**  
Vivir con salud  
TE HACE BIEN, TE HACE MEJOR

NO CAMBIAR PRESCRIPCIÓN

Firma y Sello



Dr. Guillermo Arturo Pineda Orosio  
Especialista en Niños y Adolescentes

Colonia El Prado, Plaza Premier Highway  
Comer Pineda, Tegucigalpa, C.A. 2235-9421 / 2235-5581 / 2235-5582  
Tel: 2235-9421 / 2235-5581 / 2235-5582



*Guillermo  
Pineda*

Cuidar su salud es nuestra tarea  
Colonia Las Torres, Primera Calle, al  
lado de Bodegas Café Maya  
legal@centroamericanconsulting.com

Farmacia del Ahorro No. 71  
Residencial tres Caminos Calle Principal  
Bloque G Tel.2235-4961,2231-1005 Call  
Center 2276-4747 WhatsApp.9439-1717  
RTN 08019003000364

FACTURA

074-001-01-00537862

28/11/2025

Hora:15:02:42

Cliente: Angela Maria Quintanilla Erazo

ANA SOFIA LAGOS QUINTANILLA

Cédula: 0801197808879

Cant	Precio Unit	Total
Fluibron Jarabe, frasco 120ml		E
001 * 472.29 - 70.84 =		401.45
Muksolve DX Jarabe, frasco 120ml		E
001 * 308.88 - 43.56 =		265.32
Subtotal L.		781.17
Descuentos y Rebajas		
Otorgadas - L.		114.40
Importe Exonerado L.		0.00
Importe Exento L.		666.77
Importe Gravado 15% L.		0.00
Importe Gravado 18% L.		0.00
ISV 15% L.		0.00
ISV 18% L.		0.00
Total a Pagar L.		666.77
Tarjeta L.		666.77

Total en Letras: Seiscientos sesenta y  
sels Lempiras con setenta y siete  
centavos

Si usted comprara con Tarjeta  
Promerica su ahorro seria de 80.01 mas!!!

AHORROPUNTOS Acumulados: 1070

AHORROPUNTOS en Factura: 33

AHORROPUNTOS Total: 1103

No. REGISTRO SAG: -----

No. REGISTRO EXONERADO: -----

No. ORDEN DE COMPRA EXENTA: -----

No. CARNET EXONERADO: -----

ORIGINAL CLIENTE COPIA CONTRIBUYENTE

EMISOR

¡Gracias Por Preferirnos! Copia  
Obligado Tributario Emisor

C.A.I.:

2CB3B9-2D4860-AD16E0-63BE03-090982-9D

Rango Autorizado: 074-001-01-00496001 al  
074-001-01-00546000

Fecha Limite de Emision: 2026-01-27

