



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: Impresos Los Flores S.A
 NOMBRE DEL BENEFICIARIO TITULAR: Paola Naranjo Gonzalez CEDULA IDENTIDAD: 4-000-000
 NOMBRE DEL BENEFICIARIO _____ PARENTESCO: _____

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

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: Dra. Adriana Rodriguez G. ESPECIALIDAD: Med. General
 MOTIVO DE LA CONSULTA: Odinofagia, fiebre, tos seca y malestar
 ENFERMEDAD ACTUAL: Cuadro Gripal
 ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Hipertension Arterial.
 DIAGNOSTICO DE EGRESO: Cuadro Gripal.
 PLAN DE MANEJO: Farmacológico
 TRATAMIENTO MÉDICO: Fexofenadina, Acetaminofén.
 LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA: LHS Belén

CENTRO ESP. ESPECIALIDADES
 L.H.S.
 DR. ADRIANA RODRIGUEZ
 MED. GENERAL C.O. 1607841

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.