



I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento
(DD/MM/AAAA): _____ Género: _____ Dirección:

Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono:

Correo Electrónico: _____

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proveedor de Seguros: _____ Nombre del Titular de la Póliza:

ID/Número de Póliza: _____ Número de
Grupo: _____

III. DETALLES DEL RECLAMO

Por favor, proporcione información sobre el servicio por el cual está presentando el reclamo.

Fecha del Servicio (DD/MM/AAAA): _____ Nombre del
Centro/Proveedor: _____ Servicio/Procedimiento Realizado:

Monto Total Cobrado: \$_____ Motivo del
Reclamo: _____

IV. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi proveedor de seguros.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

V. USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de Recepción del Reclamo: _____ Procesado por: _____ Estado: [
] Aprobado [] Denegado [] Pendiente Número de Referencia del Reclamo: _____