



CERTIFICADO MÉDICO PARA SEGUROS

Informe para Reclamación de Seguro

Dr./Dra.: _____ Cédula/Matr.: _____ Especialidad: _____

Centro de Salud / Hospital: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

INFORME MÉDICO PARA RECLAMACIÓN DE SEGURO:

Aseguradora/Empresa de Seguros: _____ Póliza N.º: _____

N.º de siniestro / Expediente: _____ Fecha de siniestro: _____

Asegurado/a / Paciente: _____

Documento N.º: _____ Fecha nac.: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CIE-10):

TRATAMIENTO REALIZADO:

INFORMACIÓN PARA LA RECLAMACIÓN:

Fecha de inicio de la atención: _____ Fecha de alta / fin de atención: _____

Tipo de atención: ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Urgencias ☐ Cirugía ☐ Rehabilitación

OBSERVACIONES ADICIONALES PARA LA ASEGURADORA:

El presente informe se expide en: _____ el día _____ del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____