



Favor contestar todas las preguntas. Adjunte original de las cuentas cuando complete este formulario
Please answer all questions. Attach all original invoices to the completed form

Información del paciente y asegurado / Insured and patient's information

Nombre completo del paciente Patient's complete name

Fecha de nacimiento del paciente Patient's birth date d | d | m | m | a | a | a | a Sexo del paciente Patient's sex F F M M Teléfono Telephone

Dirección Address

Relación del paciente con el asegurado Patient relationship to insured Usted Self Cónyuge Spouse Hijo Child Otro Other No. de Póliza Policy number

Esta condición está relacionada con Is patient's condition related to A. Enfermedad Illness B. Accidente Accident Sí Yes No No

Fecha en que los síntomas aparecieron o fecha del accidente Date the symptoms appeared or date of the accident d | d | m | m | a | a | a | a

Detalles del accidente o enfermedad Accident or illness details

Firma del paciente o de la persona autorizada. Autorizo suministrar cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos, al médico proveedor descrito abajo. Signature of the patient or the authorized person. I authorize to provide any information necessary to process this claim. I authorize payment of medical benefits to the provider physician described below.

Firma del Asegurado o Persona Autorizada Insured's or authorized person's signature Fecha Date d | d | m | m | a | a | a | a

Información del Médico o Proveedor / Physician or supplier information

Fecha de enfermedad (Primer síntoma), lesión (Accidente) o embarazo (Fum) Date of current illness (First symptom), injury (Accident) or pregnancy (Lmp) d | d | m | m | a | a | a | a

Fecha en que por primera vez usted fue consultado por esta condición Date when you were first consulted for this condition d | d | m | m | a | a | a | a

¿Ha tenido el paciente previamente el mismo síntoma o síntomas similares? Has the patient previously had the same or similar symptoms? Sí Yes No No

Nombre del médico que lo refiere Name of referring physician

Para servicios relacionados con la hospitalización, dar las fechas de la hospitalización For services related to hospitalization, give dates of hospitalization Admitido Admitted d | d | m | m | a | a | a | a Dado de alta Discharged d | d | m | m | a | a | a | a

Nombre y dirección del lugar donde se prestaron los servicios Name and address of the place where the services were provided

¿Las pruebas de laboratorio se hacen fuera de su consultorio? Are laboratory tests done outside of your office? Sí Yes No No

Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión Diagnosis or nature of illness or injury

Table with 5 columns: Fecha del Servicio, Código del Diagnóstico, Código del Procedimiento, Explique los servicios o circunstancias no usuales, Honorarios. Includes a Total row at the bottom right.

Observaciones Observations

Dirección y teléfono del médico proveedor Address and phone number of the medical provider

Firma del médico proveedor y sello Signature of the medical provider and stamp Código y registro Code and registration

WFORM-WWM-OPE-REC-PAN-01