

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA RED

1. Código de Diagnóstico: 466 Descripción de Diagnóstico: Bronquitis 2. ¿Cuándo inició la causa básica de esta Condición? 27 8 18
DÍA MES AÑO

3. ¿Se trata de embarazo? SÍ NO Fecha de Inicio: _____

4. ¿Ha recibido el paciente previamente algún tratamiento por ésta condición o alguna condición relacionada a esta? En caso afirmativo favor indicar detalles.

5. Favor brindar detalle del CUADRO CLÍNICO y HALLAZGOS FÍSICOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado
HA con flema rosas abundantes

6. Favor indique los exámenes de LABORATORIO, RAYOS X que se necesitan

7. Favor detallar tratamiento u operación
nebulizaciones con solución salina

8. ¿Se presentó alguna complicación? SÍ NO En caso afirmativo, favor describala.

En caso de Accidente

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
 Desde: _____ Hasta: _____

10. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?
 Desde: _____ Hasta: _____

Detalle de Honorarios: (Para ser llenado si el asegurado no esta dentro del plan o el médico no es proveedor de la red)

Consulta: _____
 Tratamiento: _____
 Cirugía: _____
 Otros: _____
 TOTAL: _____

APLICABLE SOLO A PROVEEDORES DE LA RED: Informe de servicios o procedimientos brindados:

| Fecha de Atención | | | Código CPT del Servicio | Nombre del Servicio o Procedimiento (Según Addendum) | Tarifa Total por Servicio | Contribución por el Asegurado | Cargo a pagar por Pacie |
|-------------------|----|-------|-------------------------|--|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| DESDE | | HASTA | | | | | |
| DD | MM | AA | DD | MM | AA | | |
| 31 | 8 | 18 | 99203 | Consulta | 40 | 10 | 30 |
| TOTALES | | | | | | | |

LUGAR DE ATENCIÓN (Coloque una X)

1. Consultorio Médico 2. Paciente Hospitalizado 3. Centro Ambulatorio
 4. Laboratorio / Rayos X 5. Sala de Urgencia 6. Hogar del Paciente

Certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma del Médico o Proveedor y Cédula: Ivan Sierra 3-207-653 Fecha: 31-8-18
 Nombre del Médico o Proveedor: IVAN SIERRA Sello del Médico, Clínica u Hospital y Número de Registro Médico: DR. IVAN SIERRA REG. 2647
 Confeccionar Cheque a nombre de: DR. IVAN SIERRA Dirección: Ros. Paitilla Teléfono: 363-7977