

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	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** 3-207-6533 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 REG. 2647** Dirección: **Ros. Paitilla** Teléfono: **363-7977**