



### Indicaciones:

Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía, la cual será contestada por el último médico que lo asistió.

### I. DATOS DEL ASEGURADO

1. Contratante

Póliza N°  Certificado N°  Teléfono  Celular

2. Nombre del asegurado

3. Nombre del dependiente (si aplica)

4. Fecha de nacimiento  /  /  Sexo: M  F

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? Si  No

En caso afirmativo indique

¿Cuándo ocurrió?  /  /

¿Dónde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

6. En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó?  /  /

7. Nombre del dentista consultado

Dirección

Teléfono  Correo electrónico:

8. Fecha de la primera consulta:  /  /

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la compañía de seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre y firma del asegurado titular  F. \_\_\_\_\_

### II. Exclusivo para el médico tratante

Paciente  Edad

Fecha de la primera consulta  /  /  ¿Las radiografías han sido incluidas? Si  No  ¿Cuántas?

¿Es el tratamiento resultado de un accidente? Si  No  Explique

Indicar la fecha del accidente:  /  /

¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? Si  No  Razón de reemplazo:



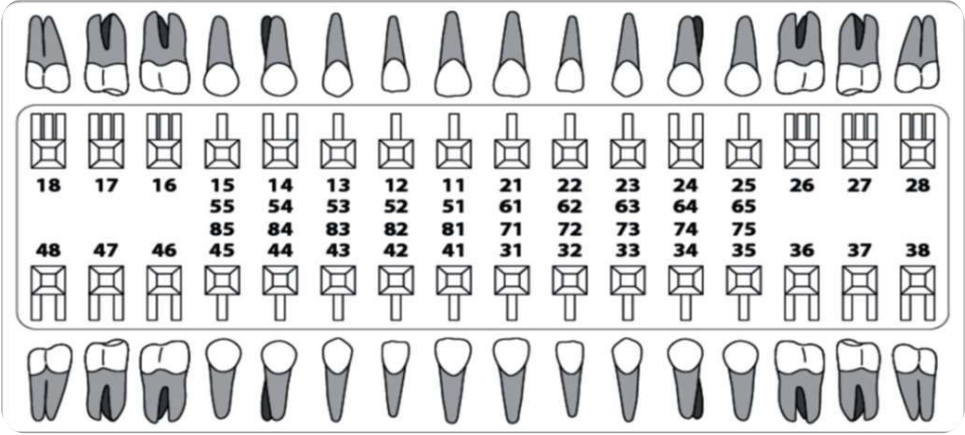
**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ODONTÓLOGO**

Indicar en el odontograma el tratamiento a realizar:

Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.

Detallar historial clínico

Three horizontal grey bars for clinical history notes.



**A CONTINUACIÓN DETALLAR CADA PROCEDIMIENTO, FECHA DE SERVICIO Y SU COSTO, EL CUAL DEBE COINCIDIR CON EL VALOR DE LA FACTURA**

DIENTE No.	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	VALOR	VALOR AUTORIZADO
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

Observaciones:	TOTALES	\$
	DEDUCIBLE	\$
	COASEGURO	\$
	<b>A PAGAR</b>	\$

Firma y sello del médico  
F. \_\_\_\_\_

Fecha / /