

FORMATO DE ATENCIÓN

Indicaciones:

1. Es necesario llenar este formato en su totalidad, proporcionando información completa y detallada incluyendo la firma de los beneficiarios.
2. La inexactitud o falsedad de información aquí detallada, releva de toda responsabilidad a OCEAS.
3. La recepción de este formato no implica la aceptación de este.
4. La información médica deberá ser llenada por su médico tratante y por cada médico del que haya recibido atención; la cual tendrá una validez por 6 meses o en cada modificación del tratamiento.
5. Para cualquier duda acerca del llenado de este formato, por favor, comuníquese a la Línea de Atención Telefónica Especializada (LATE) al 55 55 14 55 91 Opción 3, con servicio 24/7.

Tipo de evento	Accidente	Enfermedad	No. de evento	No. de afiliado
Tipo de notificación	Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento)	Complemento (Cuando ya se han presentado gastos por el evento)		

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO				
Nombre de la Diócesis		Tipo de programa	Programa Sacerdotal <input type="checkbox"/>	Programa Seminaristas <input type="checkbox"/>
Nombre del Beneficiario		Número del Beneficiario		
Fecha de nacimiento		Lugar de Residencia		
Tel. de contacto		Correo electrónico		

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
Fecha en que ocurrió o iniciaron los síntomas		Fecha de diagnóstico (primera visita al médico)	
En caso de accidente detalle el mecanismo / En caso de enfermedad describa síntomas presentados			
¿Fue un accidente de tránsito?	Sí	No	
¿Fue notificada alguna autoridad? (Favor de anexar acta de ministerio público o autoridad que tuvo conocimiento)			
En caso de haber requerido hospitalización	Hospital	Fechas de estancia	

FORMATO DE ATENCIÓN

INFORMACIÓN MÉDICA (Deberá ser llenado por el médico tratante)				
Historia Clínica (Detallar patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución, tratamientos, cirugías)				
Antecedentes heredo familiares		Antecedentes personales no patológicos		
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes perinatales		
Signos y síntomas				Fecha de inicio / /
Exploración Física				
Estudios de laboratorio y/o gabinete				
Diagnóstico				
Padecimiento	Congénito	Adquirido	Agudo	Crónico
¿Se relaciona o es complicación de otro?	Sí	No	¿Cuál?	
Descripción del tratamiento realizado				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre				
Especialidad		Cédula Profesional	Cédula de Especialidad	
Número de contacto:		Correo electrónico:		

FORMATO DE ATENCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A SOLICITAR			
Consulta <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía <input type="checkbox"/>	Servicios auxiliares <input type="checkbox"/>
Descripción del Servicio			
Nombre del Proveedor	Ciudad	Fecha de Servicio	
Teléfono de contacto	Lugar de atención		

HONORARIOS MÉDICOS (Presupuesto)					
Cirujano / Médico tratante			Primer ayudante		
Anestesiólogo			Segundo ayudante		
¿Pertenece a la red de OCEAS?	Sí	No	¿Acepta el tabulador y pago de OCEAS?	Sí	No

PROGRAMACIÓN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	
Enlistar <u>medicamentos</u> (dosis, tiempo del tratamiento)	
Dirección de entrega	

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

LUGAR	FECHA / /
-------	--------------