

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo todas las preguntas descritas en este formulario deben ser contestadas.

Nombre del Paciente	Cédula	Fecha Nacimiento	Sexo
			F: ☐ M: ☐

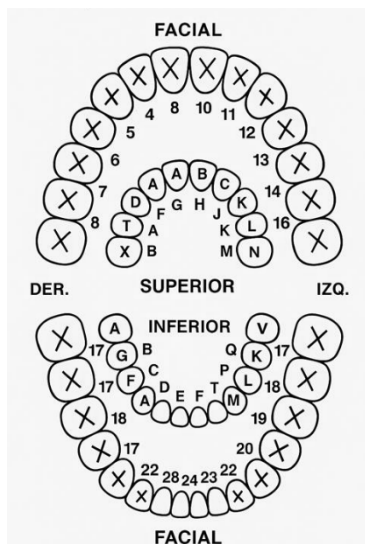
¿Fue causada la dolencia por un accidente?		Si: ☐	No: ☐
En caso afirmativo	¿Cuándo ocurrió?	¿Dónde ocurrió?	¿Como ocurrió?

En caso de enfermedad, ¿Cuándo comenzó? Fecha: _____
 Día Mes Año

Nombre de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad:

¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique:



Fecha de la primera visita:			
Las Radiografías han sido incluidas:	Si ☐	No ☐	Indique cuantas:
¿Son los servicios cubiertos por otra aseguradora?	Si ☐	No ☐	Razón de reemplazo:
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Si ☐	No ☐	Fecha de reemplazo anterior:
Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado			
Paciente	Servicio Suministrado		
	Si ☐ No ☐		
El paciente es:	Titular: ☐	Cónyuge: ☐	Hijo: ☐

Observaciones:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, 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, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Diente No.	Superficie	Descripción del servicio	Fecha del servicio	Total

Observaciones:

Firma y Sello del Dentista:

Fecha: / /