



Certificado médico del derechohabiente con discapacidad

P.O. Box 660044 Dallas, TX 75266-0044
Fax: 312-946-3541

Para: Médico encargado

Número de reclamación:	Paciente:	Número de asegurado:
Fecha de servicios: / /	Nombre del prestador de servicios médicos:	Código de diagnóstico:



Aviso: Cualquier cuota por completar este formulario es responsabilidad del titular de la póliza.

1. ¿El derechohabiente no puede valerse por sí mismo en la actualidad debido a la discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿A partir de qué edad ha existido tal discapacidad continuamente?	<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> Desde la edad de _____
3. Naturaleza de la discapacidad (Sea tan preciso como sea posible. De lo contrario, podríamos tener que comunicarnos con usted para obtener más información.) Incluya planes de tratamiento médico pasados y actuales. Si necesita más espacio para elaborar su respuesta, use el dorso de esta hoja o adjunte copias de su expediente médico o apuntes de su progreso, si corresponde.	
4. Pronóstico:	

Nombre del médico _____ Grado académico _____
(en letra de molde o a máquina)

Firma del médico: X _____ Fecha de la firma: ____/____/____