



# PROVIDENT AMERICAN

I N S U R A N C E

## LESION ACCIDENTAL - DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD FACULTATIVO

La falta de no llenar esta forma completa puede retrasar el proceso del reclamo.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

### DECLARACION DEL MEDICO Por favor conteste la pregunta COMPLETA.

NOMBRE DEL MEDICO

NUMERO DE TELEFONO

NUMERO DE FAX

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

FECHAS DE SERVICIO	CODIGO DEL DIAGNOSTICO	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	PROCESAMIENTO DE CEDIFICAR	DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO

Fecha de lesion \_\_\_\_\_ Describa donde y como el accidente ocurrio: \_\_\_\_\_

¿Fue el paciente internado como resultado del diagnóstico?  Si  No Fecha de interno: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

IMPRIMA EL NOMBRE DEL MEDICO

FECHA

NUMERO DE ID DE IMPUESTOS

**ATENCION MEDICO: Si el paciente está incapacitado, por favor llene la parte a bajo.**

### DECLARACION DE INCAPACIDAD (DEBE DE SER LLENADO POR EL MEDICO O SU FACULTAD)

1. Primer fecha de incapacidad: \_\_\_\_\_ Ultima fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_
2. ¿Esta el paciente trabajando?  Tiempo completo  Medio tiempo  Trabajo lijero Fecha de alta en que el paciente regreso a trabajar: \_\_\_\_\_
3. Si el paciente no ha sido dado de alta, o si el paciente esta en trabajo lijero, porfavor indique la proxima consulta: \_\_\_\_\_
4. Si el paciente no esta empleado o trabaja menos de 30 horas, cuales actividades diarias se le complican al paciente?  
 Continencia  Transferencia  Vestir  Baño  Comer  Bañarse

FIRMA DEL MEDICO

IMPRIMA EL NOMBRE DEL MEDICO

FECHA

NUMERO DE ID DE IMPUESTOS

Cualquier persona que intencionadamente de falso o que reclame pago fraudulento de perdida, sera sujeto a castigo criminal o civil.

ENVIE A  
**PROVIDENT AMERICAN INSURANCE COMPANY**  
**10501 NORTH CENTRAL EXPRESSWAY, SUITE 200**  
**Dallas, TX 75231**  
**PHONE: 800.933.9456 OR 214.696.9091 FAX: 214.237.8664**