



# CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

Envíe por correo el Formulario Maternidad,  
las facturas originales y documentación  
relacionada a:

Sagikor Allnation Insurance Company  
c/o Sagikor International Management Svcs.  
4010 W. Boy Scout Blvd., Suite 800  
Tampa, Florida 33607-5735 USA

Sin Cargos: (800) 342-0719  
Teléfono: (813) 286-2222  
Fax: (813) 287-7420

Productos Provisos por:  
Sagikor Allnation Insurance Company  
<http://www.allnation.com>

**EL CUESTIONARIO DE MATERNIDAD DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO OBSTETRA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

<b>A. INFORMACION DEL PACIENTE</b>	
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial):	
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año):	
Número de Póliza:	Nombre del Asegurado Principal:
Fecha de la Última Menstruación (Día/Mes/Año):	
Historial de Tratamiento(s) para la Esterilidad ( <i>Incluya todos los medicamentos, procedimientos quirúrgicos, etc. durante los últimos 3 años</i> ):	
Indique si el paciente se encuentra en un programa de Fertilización In Vitro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha Anticipada del Parto (Día/Mes/Año):	
Tipo de Parto Previsto (indique uno): <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
Pruebas de Amniocentesis previstas u otras pruebas a ser efectuadas ( <i>En caso de que se hicieran pruebas, los resultados deben ser enviados a Sagikor Allnation Insurance Company.</i> )	
<b>B. INFORMACION DEL MEDICO</b>	
Nombre (Letra Impresa)	
Firma:	Fecha de la Firma:
Dirección:	
Número Telefónico:	
<b>C. ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE</b>	
Cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o errónea, será culpable de un delito grave.	

**FAVOR DE SOMETER UNA COPIA DE LA EVALUACION OBSTETRICA INICIAL CON ESTE FORMULARIO Y ENVIARLA A LA DIRECCION ARRIBA MENCIONADA.**

**RECLAMOS RELACIONADOS CON SERVICIOS DE MATERNIDAD NO SERAN PROCESADOS SIN LA PRESENTACION DE ESTE FORMULARIO.**