

Datos del afiliado

Contratante	<input type="text"/>	Contrato	<input type="text"/>
Beneficiario	<input type="text"/>	ID	<input type="text"/>
Parentesco	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		Edad	<input type="text"/>

Para ser llenado por el médico tratante

¿Cuándo presentó los primeros síntomas?

D M A

Indique por favor exámenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnósticas necesarias para precisar el diagnóstico

Diagnóstico Actual

Favor indicar el tratamiento u operación

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdaderas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Presupuesto de gastos

Fecha de hospitalización	Cod. de procedimiento
D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	<input type="text"/>
Honorarios médicos	Hospital
Cirujano <input type="text"/>	No. de días <input type="text"/> Valor <input type="text"/>
Ayudante <input type="text"/>	Tiempo Qx <input type="text"/> Valor <input type="text"/>
Anestesista <input type="text"/>	Otros gastos <input type="text"/> Valor <input type="text"/>
Total <input type="text"/>	Total <input type="text"/>

Observaciones de la compañía

Firma y sello médico

Firma del asegurado titular

Lugar y fecha