

SOLICITUD DE CRÉDITO HOSPITALARIO

Ciudad: _____
Hospital/ clínica de atención: _____
Broker / Asesor: _____

Fecha: _____
DD / MM / AAAA
Fecha probable de ingreso: _____
DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular: _____ CÉDULA: _____
Dirección: _____ Teléfono de oficina: _____
Correo: _____ Celular: _____
Paciente: _____
Parentesco: _____
Edad: _____

DATOS MÉDICO [Exclusivo del Médico]

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____
Motivo de consulta: _____
Inicio de enfermedad: _____
Tratamiento y/o procedimientos recibidos: _____
Si se practicaron exámenes, descríbalos: _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

ACCIDENTE:
EMBARAZO:
CONGENITA:

OTROS:
Explique

.....
.....
.....
.....

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. _____
DD / MM / AAAA

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____

CÓDIGO CIE 10

CÓDIGO CPT:

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para que la compañía pueda solicitar la información requerida al médico/clínica/hospital.

TITULA DEL MÉDICO

CÓDIGO DE REGISTRO EN ACESS

ANEXOS

EXAMEN DE LABORATORIO
IMAGEN:
HISTOPATOLOGICO
CERTIFICADO MÉDICO

EEG
EKG
PLACAS
OTROS

ESPECIFIQUE _____
ESPECIFIQUE _____

TITULAR: FIRMA Y C.I. _____

AUDITOR: _____