

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de contrato:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Parentesco: _____ Edad: _____ Dirección de domicilio: _____

Teléfono de domicilio: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Tipo de Plan: _____

2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: CIE 10

Fecha: Día Mes Año

Describe los síntomas y signos: _____

¿Cuándo iniciaron los síntomas? Fecha: Día Mes Año

¿Cuándo acudió al médico? Fecha: Día Mes Año

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí No Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda

Exámenes a realizarse:

- Eco RX Otros
 Laboratorio RM

Describe: _____

Nombre del Prestador médico: _____

Fecha tentativa: Día Mes Año

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de BELLGENICA.

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. REQUISITOS BASICOS PARA LA PRESENTACION DE CREDITO AMBULATORIO

Para la emisión del crédito solicitado, favor enviar la siguiente documentación:

- Solicitud de autorización de crédito ambulatorio
- Pedido original con sello, firma de médico y diagnóstico definitivo
- Historia clínica o respaldos que justifiquen el procedimiento (resultados, informe médico)

C.I.: _____

PACIENTE

C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR