

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

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?: Sí  No

Enumere las cirugías previas con fechas:

\_\_\_\_\_ Fecha: Día  Mes  Año

\_\_\_\_\_ Fecha: Día  Mes  Año

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

Procedimiento a realizarse:

Código CPT:

Código CPT:

Hospital del día  Hospitalario  Nombre del Prestador médico: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: Día  Mes  Año

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

## 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

Para la emisión del crédito solicitado, favor enviar hasta 72 horas antes del procedimiento a realizarse, la siguiente documentación:

- Formulario de autorización de crédito hospitalario
- Historia clínica
- Resultados e informes de exámenes que tengan relación al procedimiento que el afiliado se vaya a realizar

Autorizo de forma expresa en verificar a cualquier médico o institución hospitalaria la información que se requiera incluyendo Historia clínica. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

C.I.: \_\_\_\_\_

PACIENTE

C.I.: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TITULAR