

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA HOSPITALARIA
Este formulario debe ser llenado por su médico y enviado por lo menos 3 días hábiles previo a la cirugía programada.

Fecha de solicitud: dd / mm / aaaa

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres: _____

Sexo: F ___ M ___ Edad: ___

Fecha de inicio de síntomas: / / Fecha de última menstruación (cuando aplique): / /

Breve historia clínica del cuadro actual y resultados de exámenes realizados:

Antecedentes patológicos personales:

Detallar nombre de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento actual

Diagnóstico(s) definitivo(s):

PROCEDIMIENTO PROPUESTO:

Ambulatorio ___ Hospital del día ___ Hospitalario ___

Tipo de anestesia: Local ___ Raquídea/Epidural ___ General ___

Código de procedimiento _____

Detallar procedimiento:

Clínica / Hospital donde se realizará el procedimiento: _____

Fecha estimada de la cirugía: / /

Nombre del médico tratante:

Número de contacto del médico:

Correo electrónico del médico:

Yo, Nombre y apellido del paciente, autorizo para que SALUDSA tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

Firma del titular/paciente

C.I.: _____

Firma y sello del Médico