

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 / procedimiento / medicina de especialidad programado.

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____
día mes año

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres _____

Sexo: F ___ M ___ Edad: ____

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

Antecedentes patológicos personales:

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

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

Detallar tiempo de evolución: Inicio, progresión de síntomas y signos. Tratamiento recibido.

Diagnóstico(s) definitivo(s):

Código de diagnóstico (s)

Diagnóstico(s) definitivo(s)	Código de diagnóstico (s)

PROCEDIMIENTO PROPUESTO:

Tipo de Atención: ___Ambulatorio ___Hospital del día ___Hospitalario

Tipo de anestesia: ___Local ___Raquídea / Epidural ___General

Nombre del Procedimiento (s)

Código de Procedimiento (s)

Nombre del Procedimiento (s)	Código de Procedimiento (s)

Lugar de atención donde se realizará el procedimiento: _____

Nombre del médico tratante: _____

Número de contacto del médico: _____

Correo electrónico del médico: _____

Fecha estimada del procedimiento: ____ / ____ / ____
día mes año

Nombre y apellido del paciente

Yo, _____ 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

