

Formulario Médico de Solicitud de Cobertura Oncológico y Autoinmune

Nombres y Apellidos del paciente:

Identificación:

Fecha de
solicitud:

dd / mm / aaaa

Fecha de inicio
de síntomas:

dd / mm / aaaa

Información médica del paciente

Motivo de consulta y descripción detallada de la enfermedad actual:

Antecedentes patológicos clínico - quirúrgicos personales:

(Describir nombre de la enfermedad / tiempo de evolución / tratamiento recibido / Lateralidad solo en los casos que aplique)

Resultados de exámenes realizados:

(Especificar los estudios realizados con los resultados que justifiquen la patología)

Tratamiento previo recibido en la enfermedad actual:

(Cuando aplique)

Diagnóstico(s) definitivo(s)

Código CIE10	Nombre de diagnóstico
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimientos/Estudios/Tratamientos propuestos

Cirugía

Pet-Scan

Laboratorio
clínico/Imagen

Estudios Especiales

Nombre del procedimiento	Código del procedimiento (CPT)

Quimioterapia

Iodoterapia

Inmunoterapia

Infusión de biológicos

Detallar esquema:

(Cuando aplique)

Medicamento	Vía administración	Frecuencia	Dosis (mg/ml)	Tiempo de infusión <small>(En horas)</small>	Cantidad de ciclos <small>(Cuando aplique)</small>

Radioterapia

Sitio corporal a irradiar <small>(Especificar zona/s)</small>	Dosis	Técnica

Datos del prestador

Nombres y Apellidos:

(Médico tratante)

Contacto:

(Médico tratante)

Correo electrónico:

(Médico tratante)

Fecha tentativa de ingreso:

dd / mm / aaaa

Lugar de atención:

Clínica/Hospital

Centro médico

Consultorio

Farmacia

Laboratorio clínico/Imagen

Nombre del lugar de atención:

Observaciones importantes

1. Tratamiento por patologías Oncológicas de reciente diagnóstico se debe adjuntar: Resultado de biopsia, imagen y laboratorios (marcadores tumorales) que justifiquen el diagnóstico (solo aplica para la primera solicitud de cobertura).
2. Solicitudes por Quimioterapia sin cambio en el Esquema de tratamiento y estudio de PET-SCAN deben adjuntar orden de ingreso en la cual se detalle: Nombre del paciente, fecha y lugar de atención, esquema, número de ciclo, firma y sello del médico. (cliente debe llenar en su app/web formulario de solicitud de cobertura para procedimiento oncológico).
3. Los tratamientos prescritos deben contar con los permisos de aplicación y Registro Sanitario Nacional.

Autorización Información Médica

Yo, autorizo 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

Firma y sello del médico tratante