

Ciudad: Hospital/clínica: Fecha: Bróker/Asesor: Fecha probable de ingreso:

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular: Cédula: Dirección: Teléfono oficina: Correo: Celular: Paciente: Parentesco: Edad:

DATOS DEL PROFESIONAL (exclusivo del médico)

Nombre del médico: Especialidad: Teléfono:

Motivo de consulta: _____

Inicio de enfermedad: _____

Tratamiento y/o procedimientos recibidos: _____

Si se practicaron exámenes descríbalos: _____

La enfermedad actual es causa de:

 Accidente Congénita Embarazo

Otros: _____

Si se trata de embarazo F.U.M.

Diagnóstico definitivo: _____

Procedimiento a realizar: _____

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para que la compañía pueda solicitar la información requerida al médico/ clínica/ hospital.

Firma del médico: Código de registro en Access:

ANEXOS

 Examen de laboratorio Certificado médico Placas _____ Imagen EEG Otros _____ Histopatológico: EKGTitular: Firma y C.I. Auditor