

SOLICITUD DE CRÉDITO HOSPITALARIO

Ciudad:

Hospital/Clinica:

Bróker/Asesor:

Fecha:

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 EKG

Titular: Firma y C.I.

Auditor

