

# 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

