

SOLICITUD DE CRÉDITO HOSPITALARIO

Ciudad:

Hospital/Clínica:

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

La SCVS para efectos de control asignó a la presente solicitud el registro No. 58567; con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00128142-O de 14 de noviembre de 2024.

