

## SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESUPUESTO

### DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Titular \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Apellidos y Nombres del paciente \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cirugías u Hospitalizaciones anteriores \_\_\_\_\_  
Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente \_\_\_\_\_

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Médico tratante actual \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de contacto \_\_\_\_\_  
Enfermedad o problema que refiere actualmente \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio de los síntomas \_\_\_\_\_  
Diagnóstico presuntivo/definitivo \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 \_\_\_\_\_

**Detalle de exámenes realizados (favor adjuntar resultados de laboratorio, e informes de imágenes y ecografías)**

### TIPO DE EXAMEN REALIZADO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HOSPITAL Y/O CLÍNICA \_\_\_\_\_ FECHA ESTIMADA DE INGRESO \_\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTO

Procedimientos a Realizar	CPT
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### TIPO DE PROCEDIMIENTO

Ambulatorio ☐ Hospital del Día ☐ Hospitalario ☐

### VALOR HONORARIOS

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Otros	Total
_____	_____	_____	_____	_____

Certifico como Médico tratante que la información detallada se basa en la Historia Clínica del paciente

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Médico \_\_\_\_\_