

**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 |
|---------------------------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

TIPO DE PROCEDIMIENTO

| | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Ambulatorio <input type="checkbox"/> | Hospital del Día <input type="checkbox"/> | Hospitalario <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|

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 _____