



**COMITE DE EMPRESA DE LOS TRABAJADORES
DE FV AREA ANDINA S.A.**

AUTOPISTA SANGOLQUI TAMBILLO KM 25 TELF: 2332233 EXT:8134

FORMULARIO DE ATENCION DE AYUDA MEDICA E INFORME MEDICO

HOSPITALES / CLINICAS

1034

CENTRO DE ATENCIÓN: CLINICA DE ESPECIALIDADES DEL SUR

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha de ingreso

Hora de ingreso

Paciente

Parentesco

DATOS DEL TITULAR:

Código

Nombres / Apellidos

Dirección

Cédula

Teléfonos

REQUIERE ATENCION DE:

Atención

Diagnóstico filtro

Nota

INGRESA

,FAVOR ATENDER

AUTORIZACION

Autorizo a todos los médicos e instituciones medicas para que suministren al Comité de Empresas de los trabajadores de la Empresa FV Área Andina los siguientes documentos: factura original de honorarios médicos, incluyendo de sus archivos facturas de medicina y laboratorio con sus respectivos pedidos médicos, planilla de clínica, factura con el desglose de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el caso y Epicrisis, correspondientes a mi atención.

SOLICITADO POR

AUTORIZADO POR

RECEPTADO POR

TITULAR: LOMA LLUMIQUINGA EDISON
CEDULA: 1717720013

COMITE DE EMPRESA FV

CLINICA DE ESPECIALIDADES DEL SUR
HOSPITAL / CLINICA

INFORME MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD: FECHA:

DIAGNOSTICO:

MEDICO: TELEFONO:

FIRMA Y SELLO

SE TRATA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO: ☐ SI ☐ NO

HOSPITALIZACION: ☐ SI ☐ NO

FECHA INGRESO: FECHA ALTA:

NOTA:

ORDENO INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA: ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DEL MEDICO: ESPECIALIDAD MEDICO:

NOTA: Para tratamientos no convencionales, explique el porque del tratamiento, los efectos sobre la enfermedad descrita y el tiempo del tratamiento

NOTA:
.....
.....

Usuario genera

VMUELA

Fecha genera