

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS MEDICOS PROGRAMADOS

DATOS DE FILIACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Titular	<input type="text"/>	# Cédula / ID	<input type="text"/>
Nombre del Paciente	<input type="text"/>	# Cédula / ID	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
Empresa	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Fecha de Elaboración de Solicitud (dd/mm/aa)		<input type="text"/>	

INFORMACIÓN MÉDICA - REGISTRADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO -

Médico Tratante	<input type="text"/>	Teléfono / Fax contacto	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>	# Registro Profesional	<input type="text"/>

Instructivo : Completar todos los campos de acuerdo al caso. Describir de manera clara y precisa los elementos que soportan la decisión de manejo clínico y/o el procedimiento quirúrgico a realizar.

Tipo de prestación

Cirugía Programada Maternidad Hospitalización Clínica

Descripción de la Enfermedad (Señalar Tiempo de Evolución)	<input type="text"/>
Resultados relevantes y fecha (Laboratorio, Imágenes, Otros)	<input type="text"/>

Diagnóstico - DEFINITIVO -	<input type="text"/>	COD CIE10	<input type="text"/>
Diagnóstico - SECUNDARIO -	<input type="text"/>	COD CIE10	<input type="text"/>

Describa el Procedimiento Propuesto a realizar .	<input type="text"/>
--------------------------------------------------	----------------------

Hospital / Clínica	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Es Hospital del Día?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Fecha programada de Ingreso (dd/mm/aa)	<input type="text"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------------	----------------------

"Toda la información suministrada es verdadera, por lo cual autorizo a TRANSMEDICAL HEALTH SYSTEMS S.A. o sus funcionarios a solicitar a quien me haya asistido mediante sus servicios la información que consideren necesaria para la evaluación y trámite de este documento. "