

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA HOSPITALARIA**  
Este formulario debe ser llenado por su médico y enviado por lo menos 3 días hábiles previo a la cirugía programada.

Fecha de solicitud: dd / mm / aaaa

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: / / Fecha de última menstruación (cuando aplique): / /

**Breve historia clínica del cuadro actual y resultados de exámenes realizados:**

**Antecedentes patológicos personales:**

Detallar nombre de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento actual

**Diagnóstico(s) definitivo(s):**

**PROCEDIMIENTO PROPUESTO:**

Ambulatorio \_\_\_ Hospital del día \_\_\_ Hospitalario \_\_\_

Tipo de anestesia: Local \_\_\_ Raquídea/Epidural \_\_\_ General \_\_\_

Código de procedimiento \_\_\_\_\_

**Detallar procedimiento:**

**Clínica / Hospital donde se realizará el procedimiento:** \_\_\_\_\_

Fecha estimada de la cirugía: / /

Nombre del médico tratante:

Número de contacto del médico:

Correo electrónico del médico:

Yo, Nombre y apellido del paciente, autorizo para que SALUDSA tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular/paciente  
C.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico