

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