



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
Paciente

Hora de ingreso
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: La duración del tratamiento dependerá del tiempo del tratamiento.