

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"/> |
| | | Ciudad | <input type="text"/> |
| Empresa | <input type="text"/> | N° de Contrato | <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)

Resultados relevantes y fecha
(Laboratorio, Imágenes, Otros)

Diagnóstico - DEFINITIVO -

COD CIE10

Diagnóstico - SECUNDARIO -

COD CIE10

Describe el Procedimiento
Propuesto a realizar .

Hospital / Clínica

Es Hospital del Día?

☐ Si ☐ No

Fecha programada de Ingreso (dd/mm/aa)

"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. "

Firma y sello del Médico Tratante

Firma del Cliente

Firma y sello de La Empresa