

SOLICITUD CREDITO HOSPITALARIO

CIUDAD

INFORMACIÓN LLENA

Mes

Año

BROKER / ASESOR

NOVAECUADOR

NEGOCIO

I

E

C

MA

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA:

CONTRATO No.:

EMPLEADO:

CÉDULA:

DIRECCION DE OFICINA:

TELÉF.:

Email:

CELULAR:

PACIENTE:

PARENTESCO: EDAD:

**INFORMACIÓN LLENA
COLABORADOR**
ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

HOSPITAL/CLINICA DE ATENCION

FECHA PROBABLE INGRESO

Día

Mes

Año

NOMBRE DEL MEDICO: ESPECIALIDAD: TELÉFONO:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

INICIO DE LA ENFERMEDAD:

**INFORMACIÓN LLENA
MÉDICO TRATANTE**

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

ACCIDENTE

CONGENITA

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

EMBARAZO

OTROS (EXPLIQUE)

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M.

D

M

A

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CÓDIGO CIE10

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

CÓDIGO CPT

Certifico que la información proporcionada en éste documento es verdadera, autorizando la verificación de la misma, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.

FIRMA DEL MEDICO

CÓDIGO DE REGISTRO EN CONESUP

DOCUMENTOS ANEXOS

EXAMENES:

LABORATORIO

IMAGEN

HISPATOLÓGICO

EXAMENES DE REGISTRO:

EEG

EKG

CERTIFICADO MEDICO

OTROS

DESCRIBALOS

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

BROKER / ASESOR

AUDITOR CONFIA MED

C.I. _____

SOLICITUD PAGO REEMBOLSOS

ALCANCE A DIAGNOSTICO

COORDINACION DE BENEFICIOS

CIUDAD

FECHA

Día

Mes

Año

BROKER / ASESOR

NEGOCIO

I

E

C

MA

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA: _____ CONTRATO No.: _____
 EMPLEADO: _____ CEDULA: _____
 DIRECCION DE OFICINA: _____ TELF.: _____
 Email: _____ CELULAR: _____

PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____

ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

NOMBRE DEL MEDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____ TELEFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO) _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	CONGENITA <input type="checkbox"/>
EMBARAZO <input type="checkbox"/>	OTROS (EXPLIQUE) _____

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. **D** **M** **A**

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____

FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

FACTURAS

No. FACTURA	EMISOR	VALOR

No. FACTURA	EMISOR	VALOR	TOTAL

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para verificar y pedir la información que sea necesaria al Médico o Institución Hospitalaria, exámenes clínicos, historia clínica completa, o cualquier otro documento que se requiera.

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

EMPRESA

BROKER / ASESOR

C.I. _____

SOLICITUD CREDITO HOSPITALARIO

CIUDAD _____ FECHA Día _____ Mes _____ Año _____

BROKER / ASESOR _____ NEGOCIO I E C MA

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA: _____ CONTRATO No.: _____

EMPLEADO: _____ CEDULA: _____

DIRECCION DE OFICINA: _____ TELF.: _____

Email: _____ CELULAR: _____

PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____

ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)

HOSPITAL/CLINICA DE ATENCION _____ FECHA PROBABLE INGRESO Día _____ Mes _____ Año _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____ ESPECIALIDAD: _____ TELEFONO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (CUANTO TIEMPO) _____

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	CONGENITA <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO <input type="checkbox"/>	OTROS (EXPLIQUE) <input type="checkbox"/>	

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. D | M | A

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____ CODIGO CIE10: _____

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: _____ CODIGO CPT: _____

Certifico que la información proporcionada en éste documento es verdadera, autorizando la verificación de la misma, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.

FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

DOCUMENTOS ANEXOS

EXAMENES: LABORATORIO IMAGEN HISPATOLÓGICO

EXAMENES DE REGISTRO: EEG EKG

CERTIFICADO MEDICO OTROS DESCRIBALOS _____



FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO



BROKER / ASESOR



AUDITOR CONFIA MED

C.I. _____