

C. I. \_\_\_\_\_

SOLICITUD CREDITO HOSPITALARIO

CIUDAD		FECHA: Día	Mes	Año		
BROKER / ASESOR		NEGOCIO	I	E	C	MA

INFORMACIÓN LLENA

NOVAECUADOR

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

EMPRESA:		CONTRATO No.:	
EMPLEADO:		CEDULA:	
DIRECCION DE OFICINA:		TELF.:	
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:		TELEFONO:	
MOTIVO DE LA CONSULTA:					

INICIO DE LA ENFERMEDAD:	
EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:	
TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS (cuando corresponda)	

INFORMACIÓN LLENA  
MÉDICO TRATANTE

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	<input type="checkbox"/>	IMAGEN	<input type="checkbox"/>	HISTATOLOGICO	<input type="checkbox"/>
EXAMENES DE REGISTRO:			EEG	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	DESCRIBALOS		

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

BROKER / ASESOR

AUDITOR CONFIAMED

C.I. \_\_\_\_\_

C. | . \_\_\_\_\_

## 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 ☐ CONGENITA ☐  
EMBARAZO ☐ OTROS (EXPLIQUE) ☐

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 ☐ HISPATOLOGICO ☐

EXAMENES DE REGISTRO: EEG ☐ EKG ☐

CERTIFICADO MEDICO ☐ OTROS ☐ DESCRIBALOS

FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

BROKER / ASESOR

AUDITOR CONFIAMED

C.I.