

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

C.I.

BROKER / ASESOR

AUDITOR CONFIAMED