Formulario

Servicios Ambulatorios y hospitalarios

Datos del Afiliado

Contratante

Contrato No.

Titular

ID.

Paciente

Certificado No.

Parentesco

Sexo M F

Edad

Teléfono

Detalle de la incapacidad

Enfermedad

Datos del médico tratante

Cuando empezo

DD/MM/AAAA:

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? Sí No ¿Cuándo?

DD/MM/AAAA:

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud Compañía de Medicina Prepagada S.A., la información concerniente al historial clínico, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Para ser llenado por el médico tratante

Paciente

Sexo M F

Edad

Diagnóstico Actual

Favor indicar tratamiento u operación

Favor indicar examenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnosticas

Atención Ambulatoria

Hospitalaria

Fecha de ingreso DD/MM/AAAA:

Fecha de alta DD/MM/AAAA:

Codigo de procedimiento

Observaciones

Firma y sello médico

Firma del afiliado titular

Lugar y fecha