Saludsa

Formulario Médico de Solicitud de Cobertura

Nombres y Apellidos del paciente:

Identificación:

Fecha de solicitud: dd / mm / aaaa

Fecha de inicio de síntomas: dd / mm / aaaa

Índice de Masa Corporal (IMC):

Información médica del paciente

Motivo de consulta y descripción detallada de la enfermedad actual:

Antecedentes patológicos clínico - quirúrgicos personales:
(Describir nombre de la enfermedad / tiempo de evolución (día-mes-año) / tratamiento recibido / Lateralidad solo en los casos que

Resultados de exámenes realizados:
(Especificar los estudios realizados con los resultados que justifiquen la patología)

Tratamiento previo recibido en la enfermedad actual:
(Cuando aplique)

Solicitudes de maternidad

Fecha de última menstruación: dd / mm / aaaa

Antecedentes ginecobstétricos:

Diagnóstico(s) definitivo(s)

Código CIE10	Nombre de diagnóstico

Procedimiento propuesto

Nombre del procedimiento	Código del procedimiento (CPT)

Datos del prestador

Nombres y Apellidos:
(Médico tratante)

Contacto:
(Médico tratante)

Correo electrónico:
(Médico tratante)

Fecha tentativa de ingreso: dd / mm / aaaa

Clínica / Hospital / Centro Médico o Consultorio:
(Lugar donde se realizará el procedimiento)

Autorización Información Médica

Yo, _____, autorizo que SALUDSA tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

_____
Firma del titular / paciente

_____
Firma y sello del médico tratante