DAVIVIENDA Seguros

DECLARACIÓN DEL MÉDICO
Consulta Ambulatoria

Nombre del paciente:			Edad: A		M	
Diagnóstico principal completo:						
¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional? SI ❑ NO ❑ Si es afirmativo, favor explique:						
Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de ésta condición?	Día		Mes		Año	
¿Esta condición se debe a embarazo? SI ❑ NO ❑ (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación)	Día		Mes		Año	
Tratamientos o procedimientos realizados en clínica:						

No.de Consultas:		
Honorarios por Consultas	Total Lps.	
Honorarios por Tratamiento	Total Lps.	

Confirmo que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI ❑ NO ❑ Si es afirmativo, favor indicarnos: Diagnóstico:						
Nombre del hospital:	Fecha: Día		Mes		Año	

OBSERVACIONES:

Nombre del médico:	
Lugar y Fecha:	**Firma y Sello:**

LA0009