

**SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL  
DE SALUD PREPAGADA  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESUPUESTO**

**DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres del Titular	C.I.	Correo electrónico
Apellidos y Nombres del paciente		

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías u Hospitalizaciones anteriores \_\_\_\_\_

Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Médico tratante actual \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de contacto \_\_\_\_\_

Enfermedad o problema que refiere actualmente \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas \_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo/definitivo \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código CIE 10 \_\_\_\_\_

**Detalle de exámenes realizados (favor adjuntar resultados de laboratorio, e informes de imágenes y ecografías)**

**TIPO DE EXAMEN REALIZADO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HOSPITAL Y/O CLÍNICA \_\_\_\_\_ FECHA ESTIMADA DE INGRESO \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO**

Procedimientos a Realizar	CPT
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	
_____	

**TIPO DE PROCEDIMIENTO**

Ambulatorio  Hospital del Día  Hospitalario

**VALOR HONORARIOS**

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Otros	Total

Certifico como Médico tratante que la información detallada se basa en la Historia Clínica del paciente

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Sello del Médico \_\_\_\_\_