

1. Datos Generales

Apellidos y Nombres del Titular: _____ C.I. _____

Fecha: _____ Correo Electrónico: _____

2. Datos del Paciente

Apellidos y Nombres: _____

Antecedentes Médicos

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) _____

Cirugías u Hospitalizaciones anteriores _____

Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente _____

3. Datos para el 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	CTP
_____	<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 _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de registro 53850, el 07 de septiembre del 2021.