



DECLARACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y GASTOS MÉDICOS

HCM N° CLAVE: _____
 Médico Concertado OTORGADA POR: _____
 Adquisición de Lentes A R C N° CLAVE: _____

I.- DATOS DEL AFILIADO TITULAR.

Apellidos y Nombres:		Cedula de Identidad:
Dirección Actual del Afiliado Titular:		
Ciudad:	Estado:	Teléfono:
Instituto:	Docente: <input type="checkbox"/>	Administrativo: <input type="checkbox"/> Obrero: <input type="checkbox"/> IPP: <input type="checkbox"/>

II.- DATOS DEL BENEFICIARIO.

Apellidos y Nombres:		Cedula de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
		Edo. Civil:
Relación con el Afiliado Titular:		
Tiene otro seguro de salud o Accidentes personales	SI <input type="checkbox"/>	Nombre de la Compañía de Seguros:
	NO <input type="checkbox"/>	N° de Póliza:

Por medio de la presente declaro que la información suministrada al Instituto y la facturas adjuntas son auténticas y completas, igualmente autorizo al personal médico, paramédico y a todas las clínicas o instituciones hospitalarias a suministrar sin reserva la información requerida en la presente planilla, así como cualquier otra información adicional que le sea solicitada por el instituto, incluyendo copias exactas del siniestro declarado. Esta planilla sólo tendrá validez si está firmada por el titular y/o beneficiario.

Firma del Titular y/o Beneficiario

Cedula de Identidad

III.- DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO.

Nombres del Centro Hospitalario:		Teléfono N°:
Fecha de Ingreso:	Fecha de egreso:	N° de Factura:
Monto total de la factura:		
Lugar y Fecha donde se suministra la información:		
Nombre de la persona autorizada y Cédula de Identidad:		
Centro Hospitalario o Clínica (Sello y Firma Autorización)		

IV.- CAUSA DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD AMBULATORIO

En caso de traumatismo por accidentes o riñas, y heridas por armas de fuego anexar declaración elaborada por el afiliado de cómo ocurrió, certificación de la autoridad competente cuando corresponda y radiografías si hubo fracturas.

Diagnóstico de Ingreso:

Considera Ud. Profesionalmente que la enfermedad sufrida por el paciente es consecuencia de otra padecida con anterioridad:
En caso afirmativo, indique nombre, fecha y evolución de la enfermedad anterior.

SI NO

Tratamiento efectuado: Medico: Quirúrgico:

Fecha Ira. Consulta	Fecha Inicio Síntomas	Hubo Exploraciones Radiológicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estudio de Anatomía Patológica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------	--	---

Objetivo del tratamiento: Preventivo: Curativo: Paliativo:

Operación Efectuada: Cirugía Menor: Cirugía Mayor: Tipo de Anestesia: Local General Raquídea Troncular

EN CASO DE MATERNIDAD.

Fecha de Parto:	N° de Niños:	Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto
-----------------	--------------	---

Diagnóstico definitivo o de egreso:

INFORME DEL MEDICO TRATANTE. Detallado o en letra de modelo o legible. Si considera el espacio insuficiente, por favor utilice un anexo:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellidos y Nombres:

Teléfono N°:	Código Colegio Médico:	N° M.S.A.S:	Fecha:	Firma:
--------------	------------------------	-------------	--------	--------

La omisión de cualquiera de estos renglones, es causa de rechazo o devolución del siniestro, exponiéndose a la NO CANCELACIÓN. Por lo que este formato debe estar completamente lleno en todas sus partes de forma legible.

LC/RC/FARR