



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:	N° de Póliza:
	NO <input type="checkbox"/>		

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:			
Centro Hospitalario o Clínica (Sello y Firma Autorización)		Nombre de la persona autorizada y Cédula de Identidad:	

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 NO

Estudio de Anatomía Patológica

SI NO

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:

Nº de Niños:

Tipo de Parto:

Normal

Con Fórceps

Cesárea

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 Nº:

Código Colegio Médico:

Nº 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