

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Cliente:		No. de Cédula:
Lugar de Trabajo:	Email personal:	
Teléfonos:	Oficina: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
Nombre del Paciente:	Nº de Cédula:	Parentesco

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD

Se autoriza a cualquier médico, enfermera, proveedores, que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a **MÉDITAS SALUD MSD S.A.**

## SERVICIO A PRE-NOTIFICAR

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Requiere hospitalización:  Si  No      Fecha ingreso: \_\_\_\_\_      Fecha salida: \_\_\_\_\_

Nombre hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_

Código CPT / Nombre: \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	Código Diagnóstico ICP-10	<input type="text"/>	Fecha primeros síntomas
Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad pre-existente <input type="checkbox"/>	

Historial Clínico: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE LABORATORIO Y OTROS EXÁMENES (ADJUNTAR): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE COSTOS CON IVA

Honorarios: _____	Anestesia: _____
Cirujano: _____	Otros: _____
Asistente: _____	Gastos Hospital: _____
<b>TOTAL COSTOS CON IVA:</b> _____	

Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ No Colegiado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Sello del hospital Hospital y firma: \_\_\_\_\_