



SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FORMULARIO DE PRE Y POST - NOTIFICACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Fecha: _____ No. Cédula: _____

II. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos (COMPLETOS): _____

Edad: _____

Enfermedad: _____

APP (Antecedentes patológicos personales) _____

Cirugías u Hospitalizaciones Anteriores: _____

Médicos que le han tratado: _____

Médico Tratante Actual: _____

III. DATOS PARA EL MÉDICO TRATANTE:

Fecha de inicio de los síntomas: _____

APP: _____

Hallazgos de laboratorio, Imágenes, Interconsultas: _____

Diagnóstico Definitivo: _____ Código CIE 10: _____

Procedimiento propuesto: _____ Código: _____

Fecha de hospitalización: _____

Nombre de la Clínica u Hospital: _____

VALOR DE HONORARIOS

Cirujano: _____

Anestesiólogo: _____

Ayudante: _____

Insumos Esp: _____

TOTAL: _____

GASTOS NO CUBIERTOS

Son todos aquellos gastos que no están relacionados con la enfermedad o accidente, y no se encuentran amparados según las condiciones del contrato y/o póliza.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el Registro No 40616 del 06 de enero de 2016.

