

**SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD PREPAGADA
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESUPUESTO**

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Titular _____

C.I. _____

Correo electrónico _____

Apellidos y Nombres del paciente _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

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

Cirugías u Hospitalizaciones anteriores _____

Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente _____

DATOS DEL 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	CPT
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 _____