

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

1.- DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUGAR Y FECHA: / /
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°:	FECHA DE NACIMIENTO: / /
TIPO DE PLAN:	
INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>	CORPORATIVO <input type="checkbox"/>
MICRO SALUD <input type="checkbox"/>	SALUD COOP <input type="checkbox"/>

2.- DATOS DEL PACIENTE:

PARENTESCO:	
TITULAR <input type="checkbox"/>	HIJO / HIJA <input type="checkbox"/>
CÓNYUGUE <input type="checkbox"/>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	CÉDULA DE CIUDADANÍA N°:
SECTOR O UBICACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO: / /
FIRMA DEL TITULAR: _____	

3.- DATOS DEL CONTRATANTE, COOPERATIVA O EMPRESA:

RAZÓN SOCIAL (NOMBRE):	
N° DE CONTRATO:	FECHA DE INGRESO: / /

4.- INFORMACIÓN MÉDICO TRATANTE:

NOMBRES COMPLETOS MÉDICO:	
ESPECIALIDAD:	TELÉFONO:
SECTOR O UBICACIÓN:	
MOTIVO DE LA CONSULTA:	INICIO SÍNTOMAS:
DIAGNÓSTICO COMPLETO: 1)	CIE-10:
2)	CIE-10:
ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>
EMBARAZO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES IMPORTANTES: _____	
ORDENÓ INTERCONSULTA CON OTROS MÉDICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESPECIALIDAD DE INTERCONSULTA: _____	

Firma y Sello MÉDICO TRATANTE: _____

Código Médico: _____