



Fecha:

## Información del Asegurado

Nombre Completo del Asegurado

Número de Poliza  Sexo:  F  M Email

Dirección Residencia

Tel. Residencia  Tel. Celular  Tel. Oficina

Tiene Otro Seguro de Salud  Sí  No Sí su respuesta fue afirmativa indicar compañía

Número de Póliza  Fecha de emisión

Suma Asegurada

## Información Médica

1. Favor indicar diagnóstico principal

2. Favor Indicar fecha de los primeros síntomas

3. Favor Indicar fecha probable de admisión

4. Favor Indicar tiempo probable de estadía

5. La condición se trata de:  Hospitalización  Ambulatorio  Cirugía Electiva  Estudios especiales

6. Favor indicar el procedimiento a realizar

7. Nombre del médico tratante

Dirección del médico tratante  Teléfono

8. Nombre del médico que lo refiere

Dirección del médico que lo refiere  Teléfono

9. Nombre del proveedor del servicio

Dirección del médico que lo refiere  Teléfono