

**SOLICITUD CREDITO HOSPITALARIO**

CIUDAD ..... FECHA Día ..... Mes ..... Año .....

BROKER / ASESOR .....

**DATOS GENERALES DEL AFILIADO**

EMPRESA: ..... CONTRATO No.: .....

EMPLEADO: ..... CEDULA: .....

DIRECCION DE OFICINA: ..... TELF.: .....

Email: ..... CELULAR: .....

PACIENTE: ..... PARENTESCO: ..... EDAD: .....

**ANTECEDENTES MEDICOS-QUIRURGICOS (Exclusivo del Médico)**

HOSPITAL/CLINICA DE ATENCION ..... FECHA PROBABLE INGRESO Día ..... Mes ..... Año .....

NOMBRE DEL MEDICO: ..... ESPECIALIDAD: ..... TELEFONO: .....

MOTIVO DE LA CONSULTA: .....

INICIO DE LA ENFERMEDAD: .....

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD: .....

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS ( CUANTO TIEMPO ) .....

LA ENFERMEDAD ACTUAL ES CAUSA DE:

|           |                          |                  |                          |
|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| ACCIDENTE | <input type="checkbox"/> | CONGENITA        | <input type="checkbox"/> |
| EMBARAZO  | <input type="checkbox"/> | OTROS (EXPLIQUE) | <input type="checkbox"/> |

SI SE TRATA DE EMBARAZO F.U.M. Día ..... Mes ..... Año .....

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ..... CODIGO CIE10

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: ..... CODIGO CPT

Certifico que la información proporcionada en éste documento es verdadera, autorizando la verificación de la misma, junto con los exámenes requeridos e historia clínica complementaria en caso de requerirlo por parte del afiliado o la compañía.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

CODIGO DE REGISTRO EN CONESUP

**DOCUMENTOS ANEXOS**

|                       |                          |                          |        |                          |               |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| EXAMENES:             | LABORATORIO              | <input type="checkbox"/> | IMAGEN | <input type="checkbox"/> | HISTATOLOGICO | <input type="checkbox"/> |
| EXAMENES DE REGISTRO: |                          |                          | EEG    | <input type="checkbox"/> | EKG           | <input type="checkbox"/> |
| CERTIFICADO MEDICO    | <input type="checkbox"/> |                          | OTROS  | <input type="checkbox"/> | DESCRIBALOS   | .....                    |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR / EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
BROKER / ASESOR

\_\_\_\_\_  
AUDITOR CONFIAMED

C.I. ....