

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

Número de contrato: — Broker: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Telf. de domicilio: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Plan Humana: _____

2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico tratante: _____ C.I./R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: _____

(Adjuntar exámenes que soporten el diagnóstico: ecografía, rayos X, tomografías, exámenes de laboratorio)

• Fecha: Día Mes Año CIE 10

Describe los síntomas y signos: _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad? Fecha: Día Mes Año

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día Mes Año

La enfermedad actual es producto de: Accidente ☐ Embarazo ☐ Congénita ☐ Otros ☐

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?: Sí ☐ No ☐

En caso de embarazo F.U.M. Fecha: Día Mes Año

Enumere las cirugías previas con fechas:

_____ Fecha: Día Mes Año

_____ Fecha: Día Mes Año

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad: Sí ☐ No ☐ Se trata de una enfermedad: Crónica ☐ Aguda ☐

Procedimiento a realizarse: _____ CPT

_____ CPT

Hospital del día ☐ Hospitalario ☐ Nombre del hospital o clínica: _____

Fecha tentativa de ingreso: Día Mes Año

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. PACIENTE / TITULAR

¿Ha visto un médico durante el último año?: Sí ☐ No ☐ ¿Ha recibido medicación durante el último año?: Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

¿Ha sido sometido a exámenes, diagnósticos de laboratorio o imagen?: Sí ☐ No ☐ ¿Por qué? _____

Firmo la presente solicitud, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el Titular
C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR
C.I.: _____

IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS