



# DECLARACION DE SERVICIO DE SALUD



**IMPORTANTE:** este formulario debe ser llenado en todas sus partes y firmado por las personas a quienes corresponda con letra de molde en tinta, boligrafos o maquina de escribir, sin tachaduras o correcciones. Deberá adjuntarse todo comprobante original de pago, facturas de médicos y demás servicios incurridos. De igual manera agradecemos anexar copias de los mismos si desea que le sean devueltos los originales

## PARA SER CONTESTADO POR EL AFILIADO TITULAR

Yo, \_\_\_\_\_ Cédula Identidad \_\_\_\_\_

Domiciliado en \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Amparado por el Contrato de Servicio de Salud y Maternidad N° \_\_\_\_\_ Presento a Mednet, C.A. Esta

Reclamacion de conformidad con las Condiciones Generales y especiales del contrato por la atención prestada a: \_\_\_\_\_ Cédula Identidad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

La presente reclamacion se refiere a (indicar causa) \_\_\_\_\_

¿Se encuentra amparado por otra empresa que ofrezca servicios de salud y/o Compañía de Seguros usted o la persona afectada?  SI  NO

Indique la empresa, vigencia, Numero de Poliza y/o contrato, Nombre de la persona que posee el seguro y su cedula de identidad \_\_\_\_\_

Declaro que las informaciones que anteceden son veridicas y exactas que sirvan de base para el analisis e indemnizacion solicitada, poreste medio autorizo a los medicos y al Instituto de Hospitalizacion a proporcionar sin reservas la informacion solicitada en esta planilla, asi como cualquier otra informacion adicional que esta Compañía estime conveniente solicitar.

Tratamiento indicado: \_\_\_\_\_

## PARA SER LLENADO POR EL HOSPITAL O CLINICA

Yo, \_\_\_\_\_ En mi calidad de administrador de

\_\_\_\_\_ Declaro que el señor (a) \_\_\_\_\_

Con C.I. N° \_\_\_\_\_ Ha estado hospitalizado (a) en este instituto durante \_\_\_\_\_ Dias, desde el

\_\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_\_ Y a sido anotado en el libro de registro de la Clinica con fecha \_\_\_\_\_

Generando gastos según facturas anexas que ascienden a Bs. \_\_\_\_\_



**DECLARACION DE INFORME DEL MEDICO TRATANTE PRINCIPAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telfs. Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución Hospitalaria : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Cédula Identidad \_\_\_\_\_

Nombre del medico que le remitió al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha en que lo remitió: \_\_\_\_\_ Nombre del medico que ordeno la hospitalización: \_\_\_\_\_

Enfermedad Actual: \_\_\_\_\_

Antecedentes Importantes: \_\_\_\_\_

Diagnostico que motivo la hospitalización: \_\_\_\_\_

Tratamiento indicado: \_\_\_\_\_

¿A su juicio, ¿ Cuanto tiempo evoluciona la enfermedad que motivo la hospitalización en forma asintomático ? \_\_\_\_\_

¿ Fecha en que aparecieron los primeros síntomas ? \_\_\_\_\_

Si la hospitalización duro mas del promedio normal, detalle las causas \_\_\_\_\_

Monto en colívares por honorarios médicos: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_  
M.S.A.S. \_\_\_\_\_