



DECLARACIÓN DE INGRESO Y EGRESO

DATOS DEL AFILIADO

Institución Hospitalaria:	
Nombre del Titular:	Ci:
Nombre del Paciente:	Ci:
Empresa donde Trabaja el Titular:	
N° de Contrato:	Certificado:

AUTORIZACION DEL AFILIADO

Autorizo sin reservas al Médico Tratante y a la Institución Hospitalaria, proporcionar a G.E.H. Asesores Integrales de Salud, la información requerida con respecto al ingreso y egreso, Revisión de Historia Clínica o cualquier otro documento que se solicitare con relación a ésta reclamación

Firma del Titular:	Firma del Beneficiario:	Fecha: ___/___/___
--------------------	-------------------------	--------------------

DATOS DEL INGRESO

Motivo del Ingreso: Accidente <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico de Ingreso:	
Fecha de Aparición de los Síntomas: / /	
Etiología de la Enfermedad:	
Antecedentes Positivos relacionados con la Enfermedad Actual del Paciente, Motivo de Ingreso:	
Fecha de Origen: / / Detalles:	
En Caso de accidente, Indique: Lugar, Fecha y Detalles del mismo:	
Nombre del Médico Tratante:	Firma y Sello del Médico Tratante:
Especialidad:	
Teléfono:	
Fecha ___ / ___ / _____	

DATOS DEL EGRESO

Diagnóstico de Egreso:

Conducta Terapéutica:

Observaciones Adicionales:

Nombre del Médico Tratante:

Firma y Sello del Médico Tratante:

Especialidad:

Fecha ____ / ____ / ____

RECAUDOS Y CONDICIONES DE PAGO

Facturas Originales/ Informe de Ingreso amplio y detallado/ Informe de Egreso amplio y detallado/ Biopsia/ Resultados e Informes de Exámenes paraclínicos realizados/ Desglose de Material y Medicinas/ Descripción de Material Especial.

En caso de no ser consignadas las facturas (con recaudos Originales) en nuestras oficinas dentro de los 90 días siguientes al egreso del paciente, la compañía quedará relevada de toda responsabilidad de pago.

Si se llegare a demostrar o comprobar que "LA CLÍNICA", los médicos tratantes o el personal administrativo que dependan de la misma de alguna manera ocultaren o no suministraren información importante para evaluar las reclamaciones, cualquier compromiso adquirido por parte de "LA COMPAÑÍA" quedará sin efecto, siendo por cuenta de "LA CLINICA" o "EL AFILIADO" los costos ocasionados por este último.

DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

En calidad de Administrador de _____ declaro que el Señor (a) _____ con C.I. N° _____ Edad _____, ha estado Hospitalizado (a) en esta Institución durante _____ días desde el _____ hasta el _____ y ha sido anotado (a) en el Libro de Registro de Clínica con fecha _____ Generando gastos según facturas anexas N° _____ Que ascienden a Bs. _____

Nombre de la Persona Autorizada:

Firma y Sello de la Institución Hospitalaria:

Cédula de Identidad:

Fecha ____ / ____ / ____