

## 1.- DATOS BASICOS

CI TITULAR:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR:		
FECHA DE OCURRENCIA:	FECHA DE DECLARACIÓN:	TELEFONO:	
SI PERTENECE A UNA POLIZA COLECTIVA INDIQUE LA EMPRESA CONTRATANTE:			
ESTADO DONDE OCURRIO EL SINIESTRO:	CIUDAD DONDE OCURRIO EL SINIESTRO:		
LUGAR DE OCURRENCIA:	FECHA Y HORA:		

## 2. AFILIADO AFECTADO

APELLIDOS Y NOMBRES:		CI:	PARENTESCO:
EDAD:	SEXO:	ESTADO CIVIL:	FECHA DE NACIMIENTO:

## 3. EN CASO DE ACCIDENTE

ANEXAR DECLARACIÓN Y NARRATIVA DEL HECHO, RADIOGRAFIAS PRE-OPERATORIAS Y POST-OPERATORIAS SI LAS HUBO

## 3. PARA SER LLENADO Y FIRMADO UNICAMENTE POR EL MEDICO TRATANTE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO:	M.S.A.S	N° C.M.
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:	TELEFONO:	
HISTORIA MEDICA:	MOTIVO DE LA ASISTENCIA MEDICA:	FECHA:

## 4. MATERNIDAD

FECHA DEL EVENTO  PARTO NORMAL  FÓRCEPS  CESAREA  CURETAJE  GEMELAR

## 5. ENFERMEDAD O LESION

¿LA ENFERMEDAD TRATADA ACTUALMENTE ES CONSECUENCIA DE UNA ANTERIOR? SI  NO  DESDE QUE FECHA LA PADECE: FECHA DE LA 1RA CONSULTA: TIEMPO DE EVOLUCION:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE LO REFIRIO: ESPECIALIDAD:

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIONES:

TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EFECTUADA:

TIPO DE CIRUGÍA: FECHA: HORA: DURACIÓN:

FIRMA DEL AFILIADO	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	FIRMA DE LA CLINICA U HOSPITAL
--------------------	---------------------------	--------------------------------

## 6. PARA SER LLENADO POR LA CLINICA U HOSPITAL (DECLARACIÓN DEL DIRECTOR O ADMINISTRADOR)

YO, \_\_\_\_\_ PERSONA AUTORIZADA COMO DIRECTOR O ADMINISTRADOR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DENOMINADA \_\_\_\_\_ RIF N° \_\_\_\_\_ Y CODIGO DE HAGO CONSTAR QUE LOS GASTOS QUE SE DETALLAN EN LA FACTURA N° \_\_\_\_\_ SON EXACTAMENTE LOS QUE INCURRIO EN ESTE CENTRO EL PACIENTE CON MOTIVO DE SU TRATAMIENTO POR DECLARADO EN LA PRESENTE.

## 5. PARA SER LLENADO POR HUMANITAS

CODIGO Y SUCURSAL DEL RECLAMO:	CODIGO Y DESCRIPCIÓN DEL RAMO:
PLAN (S):	CERTIFICADO (S) / RECIBO (S):
CODIGO:	NOMBRE DEL ASESOR : TELEFONO: