

Datos del afiliado

Contratante				Contrato
Beneficiario				ID
Parentesco	Sexo	M	F	Edad

Para ser llenado por el médico tratante

¿Cuándo presentó los primeros síntomas? Diagnostico Actual

DD/MM/AAAA:

Indique por favor exámenes de laboratorio,
rayos X y ayudas diagnósticas necesarias
para precisar el diagnóstico

Favor indicar el tratamiento u operación

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Presupuesto de gastos

Fecha de hospitalización	Cod. de procedimiento		
DD/MM/AAAA:			
Honorarios médicos	Hospital		
Cirujano	No. de días	Valor	
Ayudante	Tiempo Qx	Valor	
Anestesista	Otros gastos	Valor	
Total			Total

Observaciones de la compañía