

FORMULARIO DE REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO

(*Campos obligatorios - En caso de no estar completo, no se procesará el reembolso.)

Apellidos: _____ Nombres: _____

(*) DATOS CLÍNICOS (Descripción de la enfermedad):

DESCRIPCIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

*Resultados relevantes (Descripción de laboratorios / Imágenes / Procedimientos / Fecha de análisis)

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:

*Resultados relevantes (Descripción de laboratorios / Imágenes / Procedimientos / Fecha de análisis)

(*) DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	CÓDIGO CIE 10

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

*Resultados relevantes (Descripción de laboratorios / Imágenes / Procedimientos / Fecha de análisis)

(*) CÓDIGO CPT	NOMBRE(S) DE PROCEDIMIENTO(S)	TÉCNICA Y ABORDAJE

(*COLOCACIÓN DE PRÓTESIS: SI NO

DETALLES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

FECHA ESTIMADA DE LA CIRUGÍA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
	Hospitalario <input type="checkbox"/> _____
	Hospital del día <input type="checkbox"/> _____
	Consultorio <input type="checkbox"/> _____

Estimado médico, los honorarios que se emitan en la Carta de Autorización serán considerados de acuerdo a su descripción, al nivel y convenio establecido entre ambas partes, el porcentaje de procedimientos quirúrgicos corresponde a: Primer procedimiento (100%), Segundo procedimiento (50%), Tercer procedimiento en adelante (25% cada uno).

Yo, _____ autorizo a Plan Vital VitalPlan S.A el acceso de todo mi historial clínico, siempre que lo estime pertinente (historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc). Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y prestadores de salud.

Estimado Médico, los honorarios que se emitan en la Carta de Autorización serán considerados de acuerdo a su descripción, al nivel y convenio establecido entre ambas partes, el porcentaje de procedimientos quirúrgicos corresponde a: Primer procedimiento (100%), Segundo procedimiento (50%), Tercer procedimiento en adelante (25% cada uno).

(*) INFORMACIÓN INDISPENSABLE, DE NO ENCONTRARSE LLENA NO SE PROCESARÁ EL REQUERIMIENTO.

Firma de paciente / representante legal
C.I.:

Firma y sello del médico