

Datos del Afiliado

Contratante Contrato No.
Titular ID.
Paciente Certificado No.
Parentesco Sexo M F Edad Teléfono

Detalle de la incapacidad

Enfermedad Datos del médico tratante Cuando empezo
DD/MM/AAAA:

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? Sí No ¿Cuándo? DD/MM/AAAA:

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.

Para ser llenado por el médico tratante

Paciente Sexo M F Edad

Diagnóstico
Actual

Favor indicar
tratamiento
u operación

Favor indicar
exámenes de
laboratorio,
rayos X y ayudas
diagnosticas

Atención Ambulatoria Hospitalaria

Fecha de ingreso DD/MM/AAAA: Fecha de alta DD/MM/AAAA:

Codigo de
procedimiento Observaciones

Firma y sello médico

Firma del afiliado titular

Lugar y fecha