



ASESORES

## DECLARACIÓN DE ATENCION PRIMARIA

### DATOS DEL AFILIADO

Institución Hospitalaria:

Nombre del Titular:

CI:

Nombre del Paciente:

CI:

Contratate

Contrato:

Certificado:

### AUTORIZACION DEL AFILIADO

Autorizo sin reservas al Médico Tratante y a la Institución Hospitalaria, proporcionar a G.E.H. Asesores, C.A. 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  Tratamiento Médico  Intervención  Maternidad

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:

Diagnostico de Egreso y Conducta Terapeutica :

Nombre del Médico Tratante:

Firma y Sello del Médico Tratante:

Especialidad:

Teléfono:

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_