

SOLICITUD DE SERVICIOS - WEB

NOMBRE DEL PACIENTE:

CONTRATO:

FAMILIA:

USUARIO:

CIE-10:

DIAGNÓSTICO(S) PRESUNTIVO(S):

a) La lesión es a causa de un accidente: **SI** **NO**

b) Tiempo de evolución de síntomas:

c) Tiempo de evolución enfermedad:

d) Tiempo aproximado estancia en Clínica, en caso de hospitalización:

Servicio a realizar (detallar en forma clara y legible):

.....
.....
.....
.....
.....

Firma y Sello del Dr. Prescriptor: Fecha: dd / mm / aaaa

Aprobado por:

RECORDATORIO

- Esta solicitud de servicio no será válida sin el sello de Ecuasanitas y la firma del personal autorizado de Servicios Médicos.
- Esta autorización debe ser aprobada previa la realización del examen y/o tratamiento.
- Tiempo de validez de esta solicitud 30 días.