

SOLICITUD DE SERVICIOS

Nombre del paciente:..... Cédula:.....

Edad:..... Titular Beneficiario Plan Total Plan Elegir

Tipo de servicio: Procedimiento Imagenología
Laboratorio Otros Detalle:.....

Diagnóstico (s) presuntivo (s) -Código CIE-10:.....

Diagnóstico Definitivo -Código CIE-10:.....

A) La enfermedad es a causa de un accidente: SI NO

B) Detalle breve de los signos y síntomas, más relevantes:.....

C) Tiempo de evolución de la enfermedad:.....

D) Tiempo de evolución de los síntomas:.....

Servicio (detallar de forma clara y legible):.....

Firma y sello del Profesional:..... Fecha: dd/mm/aaaa

Aprobado por:

Firma y sello del Auditor

RECORDATORIO

- La presente solicitud tiene el tiempo de validez de 30 días.
 - Esta solicitud debe ser aprobada por Ecuasanitas S.A. para poder acceder al servicio.

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO, OFICINAS ECUASANITAS. Fecha de recepción: dd/mm/aaaa