

FORMULARIO ATENCIÓN MÉDICA
SEGURO ESTUDIANTEL-SEGUROS DEL MAGISTERIO

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre Completo del paciente _____

Edad _____

Consecuencia del Reclamo

Accidente

☐

Gastos Médicos por Emergencia

☐

Fecha en que se realizó la primera consulta por esta causa _____

Indique el diagnóstico y los síntomas de la emergencia o accidente. Favor brindar detalles

Ha sufrido el paciente esta dolencia anteriormente. ¿Cuándo?

DESCRIBA LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS REALIZADOS

FECHA	CENTRO MÉDICO DE ATENCIÓN	PROCEDIMIENTOS, EXÁMENES, SERVICIOS BRINDADOS

¿Cuánto tiempo estima que el paciente continuará bajo tratamiento o si fue dado de alta?

Nombre del Médico Tratante _____ Centro Médico _____ Teléfono _____

Cédula o RUC del Médico Tratante _____

Firma del Médico Tratante

Número del Código Médico y Sello

Lugar y Fecha