

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

- 1) La presente solicitud tiene el tiempo de validez de 30 días.
- 2) 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