FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO Y/O REEMBOLSO

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN TENER RESPUESTA

Sírvase a llenar este formulario por su médico tratante

Fecha

Nombre del paciente

Edad

Motivo de consulta

Diagnóstico

Código CIE-10

OBLIGATORIO

	Si	No
Se trata de una enfermedad congénita:	( )	( )
Se debe su condición a embarazo:	( )	( )

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio: _____

Este documento debe ser adjuntado en el momento de presentar su reembolso

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE Y/O AFILIADO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
(CORPORATIVOS)

Recomendaciones:

- ✓ Utilice únicamente los formularios de diagnóstico que necesite
- ✓ Ingrese a nuestra página web **www.medec.ec** y descargue este formulario