

Código: SPN-F.GSP-16

No. de póliza: _____

No. de certificado: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo del asegurado			
Fecha de nacimiento	Día / Mes / Año	No. identidad	No. de afiliación del I.H.S.S.
Dirección domiciliaria		Teléfono	
Última ocupación		Nombre del patrono	
Dirección del patrono		Teléfono	

Indique el nombre(s) y dirección del médico(s), hospital(es) Centro(s) de salud donde recibio atención médica:

Nombre	Fecha de atención	Dirección	Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Antecedentes clínicos: _____

Diagnóstico(s) Médico(s) completo(s): _____

¿Fecha en que comenzaron los primeros signos o síntomas de la enfermedad? _____

¿El paciente fue sometido a intervención quirúrgica? De ser afirmativa la respuesta, favor indicar el procedimiento realizado: _____

Detalle el o los tratamientos médicos que esta recibiendo el asegurado en la actualidad: _____

 La enfermedad es a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefaciente y psicotrópicos? Sí No

Cual es el pronóstico médico del paciente en el corto plazo (Próximos 12 meses)? _____

Observaciones adicionales: _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas.

Nombre del médico tratante

Firma y sello

Especialidad

Teléfono

Autorizo a los médicos, centros hospitalarios, clínicas, centros de salud etc. que me hayan prestado servicios médicos para que le suministre a Ficohsa Seguros o a sus representantes, toda mi información médica incluyendo copia de documentos médicos: expediente clínico, resultado de exámenes médicos etc.

Nombre del asegurado

Firma del asegurado