

Este formulario debe ser presentado por lo menos 72 horas hábiles antes de la cirugía programada y debe ser llenado con letra legible y de manera descriptiva.

Fecha de elaboración: dd / mm / aa

**DATOS DEL CLIENTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad: \_\_\_

Fecha de primera consulta por este diagnóstico: dd / mm / aa

Fecha de última consulta por este diagnóstico: dd / mm / aa

Fecha de inicio de síntomas: dd / mm / aa Fecha de última menstruación (cuando aplique): dd / mm / aa

¿Paciente derivado de otro médico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Nombre completo del médico tratante: \_\_\_\_\_

¿El médico tratante es afiliado a Salud? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Motivo de consulta:


Descripción de la enfermedad actual:

Evolución y tratamiento recibido durante su evolución


Antecedentes patológicos personales:

Detallar nombre de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento actual


Diagnóstico(s) definitivo(s):


Resultados de los exámenes más relevantes (Registrar tipo de examen y fecha de realización)


PROCEDIMIENTO PROPUESTO:

Ambulatorio \_\_\_\_\_

Hospital del día \_\_\_\_\_

Hospitalario \_\_\_\_\_

Código de procedimiento \_\_\_\_\_

Detallar procedimiento


Fecha estimada de la cirugía: dd / mm / aa

Tipo de anestesia:

Local \_\_\_\_\_

Raquídea/Epidural \_\_\_\_\_

General \_\_\_\_\_

Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

MÉDICO

Número de contacto:

Correo electrónico:

CLIENTE

Número de contacto:

Correo electrónico:

FAMILIAR DE CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo para que SALUDSA tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular/paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

C.I.: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de Saludsa	
Fecha de recepción Saludsa	Observaciones de auditor:
	Nombre y firma del auditor: