

FORMULARIO AUTORIZACIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA

SALUD PREPAGADA BLUECARE MASIVO

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: _____

Datos generales (Llenados por el titular y/o paciente)

Apellidos: _____ Nombres: _____

Sexo: F M Edad: _____

Datos del paciente (Llenados por el médico tratante)

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 _____

Nombre completo del médico tratante: _____

Motivo de consulta y/o atención hospitalaria:

Descripción de la enfermedad actual:

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 a ser realizado:

Ambulatorio

Hospital del día

Hospitalario

Detallar procedimiento

Fecha estimada de la cirugía: dd / mm/ aa _____

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 BLUECARD S.A. 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

C.I.:

Firma y sello del Médico

