

ANEXO FORMULARIO OPERACION DE BY PASS

PÓLIZA N°:

CERTIFICADO N°:

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN A INTERVENCIÓN

FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y/O DE LA ENFERMADAD DE BASE QUE MOTIVARÁ LA INTERVENCIÓN:

FECHA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIOS, SI LOS HUBIERA:

INTERVENCIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN RELACIONADAS A LA AFECCIÓN

CANTIDAD DE DÍAS QUE ESTUVO INTERNADO EN:

SALA COMÚN:

INTERNACIÓN DOMICILIARIA:

TERAPIA INTERMEDIA Y CUIDADOS ESPECIALES:

TERAPIA INTENSIVA Y UNIDAD CORONARIA:

ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES:

MÉDICOS TRATANTES:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUO LA INTERVENCIÓN

DENOMINACIÓN:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUARÁ LA INTERVENCIÓN

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL:

N° DE MATRÍCULA NACIONAL:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a la Compañía a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DENUNCIANTE

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE DESDE EL DÍA

HE REALIZADO A:

LE / LC / DNI / CI N°:

LA/S INTERVENCIÓN/ES QUIRÚRGICA/S QUE SE DETALLA/N A CONTINUACIÓN:

DENOMINACIÓN DE LA/S INTERVENCIÓN/ES REALIZADA/S:

CÓDIGO DE REFERENCIA (Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanitarias):

OTROS COMENTARIOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS

DECLARO A MI MEJOR SABER Y ENTENDER QUE TODA LA INFORMACIÓN BRINDADA RESULTA VERÍDICA Y COMPLETA.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL