

# ANEXO FORMULARIO BENEFICIO POR INTERNACIÓN

## CONTRATANTE

PÓLIZA N°:

CERTIFICADO N°:

CONTRATANTE:

## ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

C.U.I.L.:

FECHA NACIMIENTO:

OCUPACIÓN / ACTIVIDAD:

DOMICILIO:

N°:

PISO:

DPTO:

MZA:

BLOCK:

LOTE:

BARRIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

E-MAIL:

Por la presente solicito el presente beneficio con el alcance de sus Condiciones Particulares y Generales que declaro conocer, con motivo de la internación de la persona que se detalla a continuación, como integrante de mi grupo familiar.

## DATOS DE LA PERSONA INTERNADA

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:

CALIDAD DE:

TITULAR: CONYUGUE: HIJO: 

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

C.U.I.L.:

Por la presente autorizo a que el beneficiario lo perciba, cuyos datos expongo a continuación.

## DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

C.U.I.L.:

DOMICILIO:

N°:

PISO:

DPTO:

MZA:

BLOCK:

LOTE:

BARRIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

FECHA DE INTERNACIÓN:

LUGAR DE INTERNACIÓN:

DOMICILIO:

N°:

PISO:

DPTO:

MZA:

BLOCK:

LOTE:

BARRIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO:

E-MAIL:

ATENDIDO POR DOCTOR/A:

## INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

FECHA DESEDE:

FECHA HASTA:

## INTERNACIÓN EN TERAPIA COMÚN

FECHA DESEDE:

FECHA HASTA:

# ANEXO FORMULARIO BENEFICIO POR INTERNACIÓN

ADJUNTO COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y ÁLTA MÉDICA.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TITULAR ASEGURADO

PARA SER FIRMADO Y COMPLETADO POR RESPONSABLE DEL CENTRO ASISTENCIAL.

LUGAR Y FECHA

SELLO Y FIRMA DEL CENTRO ASISTENCIAL

CARGO QUE OCUPA

ACLARACIÓN DE FIRMA

## COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE

DÉ SU DIAGNÓSTICO COMPLETO:

SIRVASE DETALLAR TODAS LAS COMPLICACIONES Y CAUSAS CONTRIBUYENTES:

SI FUE PRACTICADA UNA OPERACIÓN/ES ACOMPAÑAR PARTE QUIRÚRGICO | FECHA:

¿DIO USTED ORDEN DE INTERNAR AL PACIENTE?

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

EN SU OPINIÓN ¿CUÁNDO SE ORIGINÓ LA CAUSA BÁSICA DE LA DOLENCIA? | FECHA:

DE ACUERDO A SU CONOCIMIENTO ¿FUE EL PACIENTE ANTERIORMENTE  
ATENDIDO A CAUSA DE ESTA DOLENCIA O POR UNA DOLENCIA RELACIONADA CON LA MISMA? SI  / NO

SI LA RESPUESTA ES SI, BRINDE DETALLES:

SE LE HA PRESCRITO ELEMENTO PROTÉSICO U ORTOPÉDICO (Detalle):

¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO?

FECHA PROBABLE DE ALTA:

MATRÍCULA NÚMERO DEL FACULTATIVO:

DOMICILIO:

N°:

PISO: DPTO: MZA: BLOCK: LOTE: BARRIO:

LOCALIDAD: PROVINCIA: CP:

TELÉFONO: E-MAIL:

FIRMA DEL FACULTATIVO

ACLARACIÓN DE FIRMA