

INFORME MÉDICO PARA SEGURO

Reclamación de Seguro · Número de Póliza

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____

Hospital/Clínica: _____

INFORME MÉDICO — RECLAMACIÓN DE SEGURO

Compañía aseguradora:	_____	N.º Póliza:	_____
N.º Siniestro:	_____	Fecha del siniestro:	_____

Asegurado/a: _____ Edad: _____

Documento: _____ Sexo: _____ Fecha nac.: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CIE-10):

PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTO REALIZADO:

Fecha de inicio de la atención médica:	_____	Fecha de alta:	_____
Tipo: ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria ☐ Urgencias ☐ Cirugía ☐ Rehabilitación ☐ Telemedicina			

OBSERVACIONES PARA LA ASEGURADORA:

Expedido en: _____ el día _____ del mes de _____ de _____.

Fecha
____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico
Dr./Dra.: _____