

**SECCIÓN 1: Datos generales de la solicitud**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_

 Clase: Ambulatorio   
 Hospitalario 

 Línea: Individual   
 Corporativo   
 Masivo 

Broker: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: Datos a ingresar por el asegurado**
**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Contratante: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

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

Celular: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

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

Celular: \_\_\_\_\_

 Parentezco \_\_\_\_\_ Sexo: F  M 

Edad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3: Datos a ingresar por el Médico Tratante**
**DATOS DE LA INCAPACIDAD**

 Enfermedad 

 Hospitalización 

 Maternidad 

 Accidente 

Diagnóstico Completo: \_\_\_\_\_

En caso de embarazo (F.U.M.) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Cirugía Ambulatoria   
 Cirugía con Hospitalización 

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO**
**TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO**

Código CPT: \_\_\_\_\_

Hospital y/o Clínica: \_\_\_\_\_

Hospitalización: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha Probable de Cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones adicionales del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: Presupuesto de Hospitalización**

Descripción	Valor
Cirujano	\$
Ayudante	\$
Anestesiista	\$
Pediatra	\$
Gastos Hospitalarios	\$
Otros (*)	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>

**NOTA:**

- Este formulario debe ser presentado por lo menos 72 horas hábiles antes de la hospitalización programada y debe ser diligenciado en su totalidad.
- Se debe adjuntar resultados e informes relacionados con la incapacidad descrita.

**(\*) Detalle de otros**

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica que suministren a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cualquier información, incluyendo pero no limitada a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc.

 \_\_\_\_\_  
 Asegurado  
 Firma

 \_\_\_\_\_  
 Médico Tratante  
 Firma y Sello

 \_\_\_\_\_  
 Prestador Hospitalario  
 Firma y Sello