SOLICITUD DE SERVICIOS

Nombre del paciente:..... Cédula:.....

Edad:..... Titular ☐ Beneficiario ☐ Plan Total ☐ Plan Elegir ☐

Tipo de servicio: Procedimiento ☐ Imagenología ☐
Laboratorio ☐ Otros ☐ Detalle:.....

Diagnóstico (s) presuntivo (s) -Código CIE-10:.....

.....

.....

Diagnóstico Definitivo -Código CIE-10:.....

.....

.....

A) La enfermedad es a causa de un accidente: **SI** ☐ **NO** ☐

B) Detalle breve de los signos y síntomas, más relevantes:.....

.....

C) Tiempo de evolución de la enfermedad:.....

D) Tiempo de evolución de los síntomas:.....

Servicio (detallar de forma clara y legible):.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del Profesional:..... Fecha: dd/mm/aaaa

Aprobado por: .

Firma y sello del Auditor

RECORDATORIO

- La presente solicitud tiene el tiempo de validez de 30 días.
- Esta solicitud debe ser aprobada por Ecuasanitas S.A. para poder acceder al servicio.

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO, OFICINAS ECUASANITAS. Fecha de recepción: dd/mm/aaaa