

DATOS DEL AFILIADO

Institución Hospitalaria:

Nombre del Titular:

C.I.:

Nombre del Paciente:

C.I.:

Empresa donde trabaja el Titular:

N° de Contrato:

Certificado:

AUTORIZACION DEL AFILIADO

Autorizo sin reservas al Médico Tratante y a la Institución Hospitalaria, proporcionar al Banco Industrial de Venezuela, la información requerida con respecto al ingreso y egreso, Revisión de Historia Clínica o cualquier otro documento que se solicite con relación a ésta reclamación.

Firma del Titular:

Firma del Beneficiario:

Fecha:

DATOS DEL INGRESO

Motivo del Ingreso: Accidente

Tratamiento Médico

Intervención

Maternidad

Diagnóstico de ingreso:

Fecha de Aparición de los Síntomas:

Etiología de la Enfermedad:

Antecedentes Positivos relacionados con la Enfermedad Actual del Paciente. Motivo de Ingreso:

Fecha de Origen:

Detalles:

En caso de accidente, indica: Lugar, Fecha y Detalles del mismo:

Nombre del Médico Tratante:

Firma y Sello del Médico Tratante:

Especialidad:

Teléfono: