



Gerencia General Centro de Servicios Compartidos
Gerencia Corporativa de Riesgos y Seguros
Gerencia de Riesgos de Salud

Formulario de Asistencia Médica



cantv.net



movilnet



Altair

DATOS DEL TITULAR

Apellidos y Nombres	Cedula Identidad	Activos	Gerencia en la cual Labora	Nombre del Gerente
		Jubilados		
Ubicación Física		Nro. Celular	Teléfono de Habitación	Teléfono Oficina

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres	Cedula Identidad	Sexo	Edad	Parentesco
En caso de ser un niño (a) enviar cedula de identidad del acompañante				

Certifico que la información suministrada a Cantv en este formulario es autentica y autorizo sin reserva a todos los Médicos, Personal Administrativo e Instituciones involucradas en esta asistencia, a suministrar a Cantv, toda la información que esta amerite con relación a este caso, incluyendo copias exactas de sus archivos.

Fecha	Firma del Titular	Cedula de Identidad	Huella Dactilar

PARA SER LLENADO POR EL OPERADOR DE LA CLÍNICA

Apellidos y Nombres	Código Operador	Cedula Identidad	N° de Teléfono	N° de Fax

Doy fe que el paciente arriba indicado es el portador de la cédula de identidad anexa

PARA SER LLENADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Yo, _____ C.I. N° _____ en mi carácter de Administrador (a) de _____
_____, declaro que el (a) Sr.(a) _____
C.I. N° _____, edad _____ Sexo _____, ha estado hospitalizado(a) en esta institución durante _____
días, desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___ quedando anotado en los registros que esta institución lleva en atención a las leyes
vigentes, incurriendo en los gastos especificados en la factura anexa Nro. _____ por un monto de Bs. _____

Fecha	Sello	Firma del Administrador

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE

Nombre del médico Tratante			Especialidad		Médico Interconsultante
					Nombre
Cédula de Identidad			C.M.	S.A.S.	
					Especialidad:
Edad del Paciente:			Sexo:		Diagnostico:
Informe:					
Procedimiento Realizado:					
Fecha de Asistencia Médica desde: ___/___/___ hasta ___/___/___					
Tratamiento efectuado:					
Hago constar que la información dada anteriormente son completa y exacta de acuerdo con la Historia del Paciente					
Fecha	Sello			Firma del Administrador	