

## INFORME DE SINIESTRO HOSPITALIZACION, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

SOLO PARA EL USO DEL TITULAR			
Apellidos y Nombres		Cédula de Identidad N°	
Apellidos y Nombres del Beneficiario:	Cédula de Identidad N°:	Fecha de Nacimiento	Parentesco:
		Día    Mes    Año	
<p>Autorizo a todos los médicos, profesionales conexos con la medicina e instituciones hospitalarias que hayan atendido al beneficiario de los servicios prestados a proporcionar a la Fundación del Estado para el Sistema Nacional de las Orquestas Juveniles e Infantiles de Venezuela (FESNOJIV), las informaciones que éste considere necesarias para la mejor evaluación de este caso. La diferencia que resultare de los gastos reales ocasionados y el monto a pagar por este Organismo, deberá ser pagada directamente por el Trabajador (a) en ese Centro Hospitalario.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del Titular Afiliado</p>			

SOLO PARA EL USO DEL MEDICO INTERVENTOR O EL MEDICO TRATANTE		
Apellidos y Nombres:	Cédula de Identidad N°:	Matricula M.S.D.S.:
Dirección del Consultorio:	Firma del Médico:	
Teléfonos:		

### CARACTERÍSTICA DE LA ATENCIÓN

Causa del Siniestro	Si es Maternidad	Tipo de Tratamiento	Tipo de Atención
Enfermedad	Parto Normal	Médico	Ambulatorio
Maternidad	Cesárea	Quirúrgico	Hospitalización
Accidente	Aborto	Otros Especifique:	

DIAGNOSTICOS	TRATAMIENTOS
1. De Ingreso:	
2. Relacionado (1):	
3. Relacionado (2)	
4. De Egreso:	

## DECLARACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO

Yo, \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_  
 en mi condición de representante autorizado de: \_\_\_\_\_  
 declaro que el Sr.(a) \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_\_ años de edad, de sexo \_\_\_\_\_, ha estado hospitalizado (a) ( ) o fué  
 atendido (a) en el servicio ambulatorio de emergencia ( ) en este instituto durante \_\_\_\_\_ días, desde el  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y ha sido anotado (a) en el libro de registro, previsto en el Artículo  
 N° 8 del Registro de Clínicas con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Los gastos en que incurrió, según facturas y  
 comprobantes anexos N° \_\_\_\_\_ fueron de Bolívares:  
 \_\_\_\_\_ (Bs. \_\_\_\_\_)

Declaro que las informaciones que anteceden son verídicas y exactas.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

### IMPORTANTE

Para tramitar sus reclamos es indispensable presentar este formulario completamente lleno y anexar la siguiente documentación: facturas originales, debidamente canceladas y con su respectivo N° de RIF, comprobantes de servicios auxiliares (RX, anatomía patológica, biopsias, exámenes de laboratorio y otros). Para los casos facturados en el exterior deben anexarse facturas originales legalmente aceptables, debidamente canceladas e informe médico amplio, legalmente traducidos al castellano (si fuere necesario) y autenticados por el Consulado Venezolano correspondiente.

### SOLO PARA SER LLENADO POR LA CLINICA:

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL INSTITUTO MEDICO:		
DIRECCIÓN:		
N° RIF:	N° DE NIT:	
TLEFONOS(s) :	E-MAIL:	
BANCO	NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA