

**CONSEJO DE LA JUDICATURA  
PLAN DE PROTECCION MEDICA  
DECLARACION HOSPITALARIA Y MEDICA**

Titular: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Intervención: \_\_\_\_\_ Cirugía: \_\_\_\_\_ Hospitalización: \_\_\_\_\_  
 Maternidad: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Señores:  
 Consejo de la Judicatura  
 A Cargo de Sedisa, S.A.

Por medio de la presente les anexamos la Factura N°: \_\_\_\_\_ por un monto de Bolívares: \_\_\_\_\_ correspondiente al paciente Sr.: \_\_\_\_\_, el cual estuvo Hospitalizado desde el día: \_\_\_\_\_ hasta el día: \_\_\_\_\_, el cual ha sido anotado (a) en el Libro de Registro Previsto por el Artículo 8°. del Reglamento de Clínicas.

Nombre de La Clinica \_\_\_\_\_

Administrador (Sello y Firma) \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRURGICAS O TRATAMIENTOS MEDICOS

1. Dr. (a): \_\_\_\_\_ Teléfono Hab: \_\_\_\_\_
2. Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_
3. Teléfonos de La Clínica: \_\_\_\_\_
4. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
5. Desde cuando es su paciente: \_\_\_\_\_
6. Motivo y causa de la operación u hospitalización efectuada: \_\_\_\_\_
7. Sufrió anteriormente de dolencia similar o parecida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especificar síntomas y fechas en que éstas se manifestaron) \_\_\_\_\_
8. En caso de ser accidente, fecha y circunstancia del mismo: \_\_\_\_\_
9. Diagnóstico (favor detallar con origen y motivos): \_\_\_\_\_
10. Fecha de intervención o tratamiento: \_\_\_\_\_
11. Intervención o tratamiento efectuado (Favor detallar): \_\_\_\_\_
12. Resultado de Anatomía Patológica: \_\_\_\_\_
13. Instituto donde se efectuó: \_\_\_\_\_
14. A la asegurada se le ha practicado anteriormente alguna intervención obstétrica o ginecológica Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
15. Honorarios quirúrgicos según facturas que se acompañan por Bs.: \_\_\_\_\_
16. ¿Cuándo empezó a su juicio la evolución de esta enfermedad, sin que aparecieran síntomas?  
 Favor Detallar: \_\_\_\_\_
17. ¿En qué Fecha aparecieron los síntomas subjetivos u objetivos de la dolencia que motivó la hospitalización u operación? (Favor Detallar): \_\_\_\_\_
18. Si la Hospitalización duró más días que lo habitual, favor detallar causas: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_