

SEGUROS BOLIVAR

SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A



50

INSCRITA EN EL MINISTERIO DE HACIENDA bajo el N° 98.
R.I.F. N° J - 00298026-5
CAPITAL PAGADO Bs.: 700.000.000,00

DECLARACION DEL CENTRO HOSPITALARIO Y FACULTATIVA

PARA SER LLENADO POR LA ADMINISTRACION DEL CENTRO HOSPITALARIO:

Yo, _____ C.I. NRO. _____ EN MI CONDICIÓN
DE REPRESENTANTE DEL CENTRO HOSPITALARIO _____
TELÉFONO: _____ DECLARO QUE: _____
C.I. N°.: _____, EDAD: _____ SEXO: _____ ESTUVO HOSPITALIZADO EN ESTE INSTITUTO DURANTE _____
DÍAS, DESDE EL _____ HASTA EL _____ QUEDANDO ANOTADO EN EL LIBRO DE REGISTROS PREVISTO
EN EL ARTÍCULO OCHO (8) DEL REGLAMENTO DE CLÍNICAS, INCURRIENDO EN LOS GASTOS ESPECIFICADOS EN LA(S)
FACTURA(S) ANEXA(S) NRO.(S): _____ POR UN TOTAL DE
Bs. _____

FECHA: ____/____/____.

POR EL CENTRO HOSPITALARIO
C. I.: _____

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE:

DATOS DEL MEDICO:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ C.I.: _____

TELÉFONO HAB: _____ COLEGIO MÉDICO N°.: _____

DATOS DEL PACIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ C.I.: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

DATOS DE ASISTENCIA PRACTICADA:

TIPO DE ASISTENCIA: CIRUGÍA: _____ TRATAMIENTO MÉDICO N°.: _____ MATERNIDAD: _____

EL TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN FUÉ PRACTICADO CON FINES DE: CURA RADICAL: _____ CORRECCIÓN DEFECTO

CONGÉNITO: _____ DIAGNÓSTICO: _____ CURA PALIATIVA: _____ CORRECCIÓN DEFECTO ADQUIRIDO: _____

PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA: _____ OTRO, ESPECIFIQUE: _____

¿HA SUFRIDO EL PACIENTE DE SIMILAR O PARECIDA DOLENCIA? _____, EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR FECHAS EN
QUE ÉSTAS SE MANIFESTARON _____

FECHA DE LA INTERVENCIÓN O COMIENZO DEL TRATAMIENTO ____/____/____ EN CASO DE HABER PRACTICADO CIRUGÍA,

ESPECIFIQUE TIPO DE ANESTESIA: _____ CAUSA DE LA OPERACIÓN: _____

50

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN: _____

INSTITUTO DONDE SE PRACTICÓ: _____ CUÁNDO SE ORIGINÓ LA

CAUSA: _____ ¿ES CONSECUENCIA DE OTRA OPERACIÓN O ENFERMEDAD?: _____

EN CASO DE MATERNIDAD, ESPECIFIQUE: PARTO NORMAL: _____ FORCEPS: _____ ABORTO: _____ CESÁREA: _____, ¿CUANTOS

MESES? _____ FECHA DEL PARTO: ____/____/____ SEXO: _____ PARTOS ANTERIORES: SI: _____ NO: _____

FECHAS: _____

A LA ASEGURADA SE LE HA PRACTICADO ANTERIORMENTE ALGUNA INTERVENCIÓN OBSTETRICA O GINECOLÓGICA: SI: _____

NO: _____ FECHA: ____/____/____ EXPLIQUE: _____

EN CASO DE ACCIDENTE, ESPECIFIQUE FECHA DEL SINIESTRO: ____/____/____ TIPO DE LESIONES: _____

PARA LOS CASOS ESPECIFIQUE:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

A SU JUICIO, CUÁNDO SE INICIÓ LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA SIN QUE APARECIERAN SÍNTOMAS: _____

FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL FACULTATIVO

C. I.:

Nº. COL. MEDIC.: