



FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO Y/O REEMBOLSO

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN TENER RESPUESTA

Sírvase a llenar este formulario por su médico tratante

Fecha

Nombre del paciente

Edad

Motivo de consulta

Diagnóstico

Código CIE-10

OBLIGATORIO

Se trata de una enfermedad congénita:

Si
()

No
()

Se debe su condición a embarazo:

()

()

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio: _____

**Este documento debe ser adjuntado en el momento
de presentar su reembolso**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE Y/O AFILIADO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
(CORPORATIVOS)

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 55962 otorgado con oficio No. SCVS-INS-DNCTSR-2023-00002270-O del 13 de Enero del 2023.