



| Fecha de la Declaración | | |
|-------------------------|--|--|
| | | |

Declaración de Siniestro Salud

| Datos del Trabajador | | | | | |
|----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|
| Empresa Contratante del Servicio | | Apellidos | | Nombres | |
| Cédula de Identidad | | Fecha de nacimiento | | Sexo | |
| | | | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Declaración del Beneficiario | | | | | |
| Apellidos | | Nombres | | Parentesco con el Afiliado Titular | |
| Cédula de Identidad | | Fecha de nacimiento | | Edad | |
| V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° | | | | | |
| | | | | Dirección de Habitación | |
| | | | | | |
| Estado | | Ciudad | | Zona Postal | |
| Teléfono Habitación () | | Teléfono Celular () | | Dirección de Correo Electrónico | |
| Fecha del Siniestro | | Si ha habido alumbramiento ¿Desea incluir en la afiliación al Recién Nacido? | | Apellidos y Nombres del Recién Nacido | |
| | | SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| Descripción de la Reclamación | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Declaro que la información aquí suministrada es verdadera y libre de cualquier omisión o falsa declaración. Autorizo a la institución de salud y a los médicos tratantes a proporcionar a "SALUD VITAL, MEDICINA PREPAGADA S.A" cualquier dato adicional que ésta solicite con relación a este reclamo.

En _____ a los _____ días _____ del Mes _____ del _____ Año _____

Firma del Trabajador

Para ser Contestado por la Clínica.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Nombre de la Institución de Salud | RIF del Hospital o Clínica | NIT del Hospital o Clínica | Nº de Contrato |
| Declaro que el Sr. (a) | | Portador de la Cédula Nº | |
| Ha sido hospitaliza durante (días) | Desde | Hasta | |
| Generando Gastos que Ascenden a (Monto en Letras y Números). | | | |
| Favor Emitir Cheque a Nombre de: | | | |

Lugar y Fecha

Firma del Administrador y Sello húmedo de la Clínica

INFORME MÉDICO

El suscrito _____ Médico Especialista en _____
 En ejercicio legal de su profesión, con cédula de identidad Nº _____ MSAS Nº _____
 Inscrito en el Colegio de Médicos de _____ Bajo el Nº _____
 Con domicilio profesional en _____, en la Ciudad de _____
 Hago constar que he atendido en calidad de médico tratante a _____ Cédula de Identidad Nº _____
 Por haber presentado _____ Cuyos primeros síntomas aparecieron el día _____
 _____ Así mismo hago constar que le fue practicado el siguiente tratamiento _____

Motivo por el cual debió permanecer hospitalizado desde el día _____ Hasta el _____
 Fecha en que fue dado de alta en condiciones _____

De igual forma durante la hospitalización fue requerida la participación de los especialistas:

Dr. _____ Especialidad _____ consultado por _____
 Dr. _____ Especialidad _____ consultado por _____

De la Anamnesis

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Esta afección es consecuencia de una sufrida anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Fecha en que aparecieron los síntomas | ¿Fue Consecuencia de un Accidente? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Describa las lesiones | | |
| Evolución en esa oportunidad | | |

Del Acto Quirúrgico

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Fecha de la intervención | Duración aproximada en horas | Tipo de Intervención | | | |
| | | Electiva <input type="checkbox"/> | Cirugía Mayor <input type="checkbox"/> | Cirugía plástica <input type="checkbox"/> | Correctora de defecto congénito <input type="checkbox"/> |
| | | Emergencia <input type="checkbox"/> | Cirugía Menor <input type="checkbox"/> | Cirugía Cosmética <input type="checkbox"/> | Correctora de defecto adquirido <input type="checkbox"/> |
| Si existió alguna causa que complicara la evolución del paciente durante o después de la intervención quirúrgica, por favor descríbala | | | | | |
| Descripción del resultado de anatomía patológica (imprescindible anexar copia) | | | | | |

Maternidad (Parto)

| | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------|
| Fecha del parto | Sexo del bebé F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Tipo de parto Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Con Fórceps <input type="checkbox"/> | | | Nº de partos anteriores |
| Complicaciones Inesperadas | | | | | |

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico Tratante