

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA

FECHA: ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R.: _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

ACTO ASOCIADO: _____

Fecha de realización: ____/____/____

Estado al alta: Vivo

Fecha de alta: ____/____/____

Fallecido Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Se utilizaron DISPOSITIVOS?: No Si

(pegar sticker)

Observaciones:

MEDICO QUE REALIZÓ EL ACTO MÉDICO:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

AYUDANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____