

## SOLICITUD DE EXPEDIENTE MÉDICO PARA RECLAMOS DE ASEGURADORAS

Hospital Herrera Llerandi

Departamento: Seguros

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	
Número de Admisión:	
Fecha de Atención:	
Teléfono y correo electrónico	

### COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aseguradora:	
Número de Carné, Póliza y/o Certificado:	

Solicitante: ☐ Paciente ☐ Encargado

Nombre de Encargado: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

☐ Reclamo ante aseguradora

☐ Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ DPI/Pasaporte: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIONES INTERNAS

Jefe de Seguros:	Fecha: ____ / ____ / ____
Director Médico:	Fecha: ____ / ____ / ____

Expediente Médico será compartido únicamente a Compañía Aseguradora en apoyo a su Reclamo, en caso necesite copie legal del documento deberá avocarse a Servicios Médicos del Hospital.