

SOLICITUD DE EXPEDIENTE MÉDICO PARA RECLAMOS DE ASEGUADORAS

Hospital Herrera Llerandi

Departamento: Seguros

Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE

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

COMPAÑIA 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.