**SOLICITUD DE CONSTANCIA/FORMATO DE ASEGURADORA**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A) Constancias**

 Solicito se me otorgue constancia de atención en esta institución para el siguiente propósito:

 \_\_\_\_\_\_\_\_1. Autorización para uso de vidrios polarizados en mi vehículo de transporte

 \_\_\_\_\_\_\_\_2. Autorización para trámite de placa para discapacitados

 \_\_\_\_\_\_\_\_3. Solicitud de oxígeno

 \_\_\_\_\_\_\_\_4. Otro (especifique)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B) Llenado de formatos de Aseguradoras**:

-Seguro de Vida (defunción) -Reembolso Gastos Médicos

**IMPORTANTE PRECISAR:**

Fecha(s) de la atención de interés \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problema o tratamiento que motiva la solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTA SOLICITUD SÓLO PUEDE SER FIRMADA POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, DEBIDAMENTE**

**IDENTIFICADOS.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del/la Paciente o Responsable legal identificación oficial

**PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

 día mes año

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vo. Bo.

SUBDIRECTORA DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SOLICITUD DE CONSTANCIA / FORMATO DE ASEGURADORA**

**TALÓN PARA EL PACIENTE**

RECIBIÓ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ FECHA DE ENTREGA PROBABLE \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 día mes año día mes año

ATENCIÓN: ESTA SOLICITUD SERÁ VALORADA Y AUTORIZADA, EN SU CASO, EN BASE EN LOS ELEMENTOS MÉDICOS PRESENTES

EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ANTES DE PASAR A RECOGERLA, FAVOR DE LLAMAR AL 55-54-87-09-00 EXTS. 5428,5429 Y 5432, DE 07:30 A 16:30HRS, PARA CONFIRMAR

SI YA ESTA LISTO SU DOCUMENTO.

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL AL

MOMENTO DE RECOGER EL DOCUMENTO, DE LUNES A VIERNES, DE 7:00 A 16:30 HRS.

EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO, QUE DEBERÁ MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA POR EL / LA PACIENTE,

ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS.