

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE COBERTURA DE MATERNIDAD

Lugar y fecha: _____.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Documento Personal de Identificación: _____.

Nombre de la Póliza: _____

Numero de Póliza: _____ Certificado: _____

Yo el infrascrito médico, colegiado activo hago constar que la paciente indicada cursa con embarazo de: _____ semanas, por:

1. ultima regla

2. ultrasonido

Que el método de concepción fue:

1. natural

2. asistido

Fecha estimada de la concepción: _____

La paciente autoriza por este medio a que se revele o permita la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro médico existente relacionado al cuadro de maternidad actual. Así mismo indica la paciente y el médico que lo declarado y consignado en este formulario es cierto, responsabilizándose de lo declarado y sus consecuencias y de su conocimiento de las penas relativas al perjurio y falsedad.

Firma paciente

Firma, sello medico