

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA MÉDICA

I. DATOS GENERALES

Fecha _____ No. de Contrato _____ Vigencia _____

Asegurado siniestrado _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Enfermedad _____

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Pasados) _____

Cirujías u Hospitalizaciones Anteriores _____

Médicos que le han tratado _____

Médico tratante actual _____

III. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha de inicio de los síntomas _____

A.P.P. _____

Hallazgos de Laboratorio, Imagen, Interconsultas _____

Diagnóstico Definitivo _____

Procedimiento propuesto _____ Cod. No. _____

Fecha de internación _____ Cod. No. _____

VALOR HONORARIOS

Cirujano _____

Anestesiólogo _____

Ayudante _____

Otros _____

TOTAL _____

PROPUESTO HOSPITALARIO

No. días Hosp. _____ UCI _____

Tiempo Qx. _____

Insumos Esp. _____

Exam. Esp. _____

TOTAL _____

IV. GASTOS NO CUBIERTOS

Teléfono	Toallas sanitarias	UCI	Leche suplemen
TVTiempo Qx.	Misceláneos	Refrigerios	Otros
Acompañante	Utiles aseo personal	Adm. de medic.	
Pañales	Material uso menor	Servicio de Clin.	

V. REVISIÓN TÉCNICA

Pagos al día _____ Mora por _____

Carencias _____

Preexistencias _____

Exclusiones _____

Observaciones _____