

# Solicitud de crédito hospitalario



Ciudad:   
Hospital / Clínica:   
Bróker / Asesor:  Fecha:  Fecha probable de ingreso:

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular:  Cédula:   
Dirección:  Teléfono:   
Mascota:  Edad:  Correo:   
Raza:

## DATOS DEL VETERINARIO

Nombre del veterinario:  Especialidad:  Teléfono:

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Inicio de enfermedad: \_\_\_\_\_

Tratamiento y/o procedimientos recibidos: \_\_\_\_\_

Si se practicaron exámenes descríbalos: \_\_\_\_\_

La enfermedad actual es causa de: Accidente:  Congénita:

Otros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_

Firma y sello:  Cód. CIE10:  Cód. CPT:

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, autorizo para que la compañía pueda solicitar la información requerida al veterinario / clínica / hospital.

## ANEXO

Examen de laboratorio  Certificado médico  
 Imagen  EEG  Placas \_\_\_\_\_  
 Histopatológico  EKG  Otros \_\_\_\_\_

Titular: Firma y C.I.

Bróker / Asesor