

FORMATO PARA LA TABULACION DEL EQUIPO MEDICO QUE INTERVIENE EN LA ATENCION DE NUESTRO ASEGURADO
Estimado Médico:

- * El llenado de este formato es un apoyo adicional al Informe Médico para valorar las interconsultas y procedimientos que realice a nuestros Asegurados durante el presente internamiento. (Posterior a la salida del paciente no hay re-valoraciones por este medio)
- * Para valorar las interconsultas es importante que ponga una línea en diagonal para cada uno de los días calendario que corresponda a la atención que Usted brindó al Paciente. Existe un calendario para cada área, Urgencias, Piso o Terapia, así como procedimientos adicionales.
- * Este formato no sustituye el Informe Médico
- * La Compañía solicitará mayor detalle de la información si así lo cree necesario para valorar el pago de consultas y procedimientos
- * La tabulación de cada consulta y/o procedimiento corresponde directamente al Contrato previamente establecido con el Asegurado.
- * Agradeceremos firme el Formato en la sección correspondiente
- * **Para Alta Hospitalaria, es importante que el envío de este Formato sea durante la mañana, evitando atrasos en la salida.**

No de Folio y/o Siniestro
Nombre de Paciente _____

Fecha hospitalaria de ingreso _____

Nombre Médico Tratante _____

Especialidad _____

Diagnóstico(s) que atiende _____

Motivo de consulta

Urgencias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Piso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T intermedia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T intensiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nutrición parenteral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Procedimientos adicionales a las consultas _____

Día calendario de realización _____

Médicos Interconsultantes
Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Diagnóstico(s) que atiende _____

Motivo de consulta _____

Fecha de primera consulta _____

Días de atención (mes calendario)	Mes de atención											Noviembre															Firma del Médico										
Urgencias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
Piso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
Terapia intermedia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
T intensiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
Nutrición parenteral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						

Procedimientos adicionales a las consultas _____

Día calendario de realización _____

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Diagnóstico(s) que atiende _____

Motivo de consulta _____

Fecha de primera consulta _____

Días de atención (mes calendario)	Mes de atención											Firma del Médico																			
Urgencias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Piso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Terapia intermedia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Terapia intensiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nutrición parenteral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Procedimientos adicionales a las consultas _____

Día calendario de realización _____

