



ASEGURADORA GENERAL, S.A.
SOLICITUD EXAMENES DIAGNOSTICOS
Fax – 2331 1880 / 2334 7825
PBX 1757

Datos del Asegurado:

Nombre del Asegurado: _____

Si procede:

Nombre del Dependiente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número De Póliza: _____ Certificado: _____

Empresa Contratante: _____

Informe de Médico tratante:

Fecha de primera consulta: _____ Síntomas: _____

Diagnóstico Probable:

Según opinión médica cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: _____

Exámenes Ordenados:

(Importante: Solo puede Ordenar exámenes relacionados con esta incapacidad)

Rayos X

Resonancia Magnética

Electrocardiograma

Ultrasonido

Mamografía

Laboratorios

Tomografía

Electroencefalograma

Otros

Descripción de Laboratorios y/o exámenes ordenados:

Nombre del Proveedor a Utilizar: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Fecha: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Observaciones:
