



**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**

**Ultrasonido**

**Tomografía**

**Resonancia Magnética**

**Mamografía**

**Electroencefalograma**

**Electrocardiograma**

**Laboratorios**

**Otros**

**Descripción de Laboratorios y/o exámenes ordenados:**

---

---

---

---

Nombre del Proveedor a Utilizar: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---