CERTIFICADO MEDICO

Nombre del Asegurado:	Edad:
Nombre del Dependiente:	Edad:
No. de Identificación (**Tarjeta**):	

Fecha de la Primera consulta:		
Diagnóstico de ingreso:		
Según su opinión, cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión:		
Es de orden: Congénito ☐	Adquirido ☐	Traumático ☐
Se ordena hospitalización en:	Nombre del Médico:	
Fecha:	No. de días de hospitalización	
Tratamiento: Médico ☐	Quirúrgico ☐	
Descripción del Tratamiento:		
Exámenes ordenados:		

Honorarios:	No. de Visitas	Total
Por visitas Hospitalarias:		
Por cirugía:		
Total de Honorarios:		

Favor especificar el monto de honorarios, ya que en caso contrario no se emitirá la carta autorizando la hospitalización.

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

F-751

seguros g&t