

SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (Campos Obligatorios)

Accidente de trabajo () Enfermedad profesional () Primera atención () Continuación de tratamiento ()

Empresa RUC

Paciente DNI Fecha de Nacimiento
 Ap. Paterno Ap. Materno Nombres Día Mes Año

Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente Sexo Edad

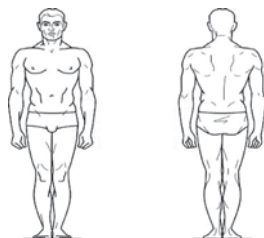
Detalle del accidente o de la enfermedad profesional

Lugar de ocurrencia Fecha de Accidente Hora de Accidente En la labor habitual Sí () No ()
 Fuera de las instalaciones () Dentro de las instalaciones () Día Mes Año AM() PM() Horas extras ()

| Tipo de accidente | | | Fuente o causa de la lesión | | |
|-------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|
| Golpes () | Quemaduras () | Sobre esfuerzo () | Calor () | Sustancia química () | Madera () |
| Cortes () | Intoxicación () | Atropello () | Metales () | Eléctricos () | Herramienta manual () |
| Caidas () | Atrapamientos () | Otro: _____ | Vidrio () | Escaleras () | Otros: _____ |

| Partes del cuerpo afectadas | | | Lesión o daño sufrido | | |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------------------|------------------------|-------------------|
| Dedos () | Tronco () | Pie () | Amputación () | Contusión () | Luxación () |
| Cabeza () | Brazo () | Ojos () | Quemaduras () | Laceración () | Pinchazo () |
| Mano () | Pierna () | Otro: _____ | Raspadura () | Lesiones múltiples () | Electrocución () |

Marcar las partes del cuerpo afectadas



Narrar cómo ocurrió el accidente

Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en nuestro plan de salud. Las declaraciones anteriores son verdaderas y, en tal sentido, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud 26842, el afiliado presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la compañía cualquier información del acto médico relacionado a la atención, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto, el afiliado reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del afiliado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización y auditoría.

 Firma y sello de la empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (Campos Obligatorios)

Nombre del establecimiento de salud Nombre del médico tratante CMP Fecha de la atención
 Día Mes Año

Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo: Sí () No () Tiempo (sem): _____

Diagnóstico

CIE 10

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

 Firma y sello del Médico Tratante

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR PACÍFICO (USO INTERNO)

Cubierto Sí () NO () Auditado En base () En clínica ()

Motivo y/o causa _____

 Firma y sello

Copia paciente

SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (Campos Obligatorios)

Accidente de trabajo () Enfermedad profesional () Primera atención () Continuación de tratamiento ()

Empresa RUC

Paciente DNI Fecha de Nacimiento
 Ap. Paterno Ap. Materno Nombres Día Mes Año

Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente Sexo Edad

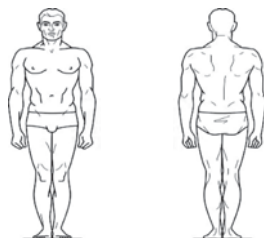
Detalle del accidente o de la enfermedad profesional

Lugar de ocurrencia Fecha de Accidente Hora de Accidente En la labor habitual Sí () No ()
 Fuera de las instalaciones () Dentro de las instalaciones () Día Mes Año AM() PM() Horas extras ()

| Tipo de accidente | | | Fuente o causa de la lesión | | |
|-------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|
| Golpes () | Quemaduras () | Sobre esfuerzo () | Calor () | Sustancia química () | Madera () |
| Cortes () | Intoxicación () | Atropello () | Metales () | Eléctricos () | Herramienta manual () |
| Caidas () | Atrapamientos () | Otro: _____ | Vidrio () | Escaleras () | Otros: _____ |

| Partes del cuerpo afectadas | | | Lesión o daño sufrido | | |
|-----------------------------|------------|-------------|-----------------------|------------------------|-------------------|
| Dedos () | Tronco () | Pie () | Amputación () | Contusión () | Luxación () |
| Cabeza () | Brazo () | Ojos () | Quemaduras () | Laceración () | Pinchazo () |
| Mano () | Pierna () | Otro: _____ | Raspadura () | Lesiones múltiples () | Electrocución () |

Marcar las partes del cuerpo afectadas



Narrar cómo ocurrió el accidente

Certificamos que el solicitante de la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios contratados en nuestro plan de salud. Las declaraciones anteriores son verdaderas y, en tal sentido, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud 26842, el afiliado presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la compañía cualquier información del acto médico relacionado a la atención, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto, el afiliado reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del afiliado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización y auditoría.

 Firma y sello de la empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (Campos Obligatorios)

Nombre del establecimiento de salud Nombre del médico tratante CMP Fecha de la atención
 Día Mes Año

Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo: Sí () No () Tiempo (sem): _____

Diagnóstico

CIE 10

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

 Firma y sello del Médico Tratante

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR PACÍFICO (USO INTERNO)

Cubierto Sí () NO () Auditado En base () En clínica ()

Motivo y/o causa _____

 Firma y sello

Copia clínica