

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

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

DNI

Fecha de nacimiento dd/mm/aa

Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente

Sexo

Edad

Detalle del accidente o de la enfermedad profesional

Lugar de ocurrencia Fuera de las instalaciones ☒ Dentro de las instalaciones ☐

Fecha de accidente dd/mm/aa

En la labor habitual Si ☐ No ☐

Hora de accidente AM ☐ PM ☐

Horas extras ☐

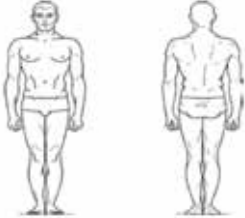
Tipo de accidente

| | | |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Golpes | <input type="radio"/> Quemaduras | <input type="radio"/> Sobre esfuerzo |
| <input type="radio"/> Cortes | <input type="radio"/> Intoxicación | <input type="radio"/> Atropello |
| <input type="radio"/> Caídas | <input type="radio"/> Atrapamientos | Otro: |

Partes del cuerpo afectadas

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Dedos | <input type="radio"/> Tronco | <input type="radio"/> Pie |
| <input type="radio"/> Cabeza | <input type="radio"/> Brazo | <input type="radio"/> Ojos |
| <input type="radio"/> Mano | <input type="radio"/> Pierna | Otro: |

Marcar las partes el cuerpo afectadas



Fuente o causa de la lesión

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Calor | <input type="radio"/> Sustancia química | <input type="radio"/> Madera |
| <input type="radio"/> Metales | <input type="radio"/> Eléctricos | <input type="radio"/> Herramienta manual |
| <input type="radio"/> Vidrio | <input type="radio"/> Escaleras | Otros: |

Lesión o daño sufrido

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Amputación | <input type="radio"/> Contusión | <input type="radio"/> Luxación |
| <input type="radio"/> Quemaduras | <input type="radio"/> Laceración | <input type="radio"/> Pinchazo |
| <input type="radio"/> Raspadura | <input type="radio"/> Lesiones múltiples | <input type="radio"/> Electrocución |
| <input type="radio"/> Raspadura | Otros: | |

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 atención dd/mm/aa

Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo ☐ Si ☐ No

Tiempo (semanas)

Diagnóstico

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

CIE10

Firma y sello de la empresa

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 ☐ Si ☐ No

Auditado ☐ En base ☐ En clínica

Motivo y/o causa

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

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

DNI

Fecha de nacimiento dd/mm/aa

Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente

Sexo

Edad

Detalle del accidente o de la enfermedad profesional

Lugar de ocurrencia Fuera de las instalaciones ☐ Dentro de las instalaciones ☐

Fecha de accidente dd/mm/aa

Hora de accidente AM☒ PM☐

En la labor habitual Si☐ No☐

Horas extras ☒

Tipo de accidente

| | | |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Golpes | <input type="radio"/> Quemaduras | <input type="radio"/> Sobre esfuerzo |
| <input type="radio"/> Cortes | <input type="radio"/> Intoxicación | <input type="radio"/> Atropello |
| <input type="radio"/> Caídas | <input type="radio"/> Atrapamientos | Otro: |

Fuente o causa de la lesión

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Calor | <input type="radio"/> Sustancia química | <input type="radio"/> Madera |
| <input type="radio"/> Metales | <input type="radio"/> Eléctricos | <input type="radio"/> Herramienta manual |
| <input type="radio"/> Vidrio | <input type="radio"/> Escaleras | Otros: |

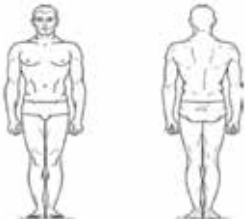
Partes del cuerpo afectadas

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Dedos | <input type="radio"/> Tronco | <input type="radio"/> Pie |
| <input type="radio"/> Cabeza | <input type="radio"/> Brazo | <input type="radio"/> Ojos |
| <input type="radio"/> Mano | <input type="radio"/> Pierna | Otro: |

Lesión o daño sufrido

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Amputación | <input type="radio"/> Contusión | <input type="radio"/> Luxación |
| <input type="radio"/> Quemaduras | <input type="radio"/> Laceración | <input type="radio"/> Pinchazo |
| <input type="radio"/> Raspadura | <input type="radio"/> Lesiones múltiples | <input type="radio"/> Electrocución |
| <input type="radio"/> Raspadura | Otros: | |

Marcar las partes el 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 atención dd/mm/aa

Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo ☐ Si ☐ No

Tiempo (semanas)

Diagnóstico

| | |
|----|-------|
| 1. | CIE10 |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Firma y sello de la empresa

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 ☐ Si ☐ No

Auditado ☐ En base ☐ En clínica

Motivo y/o causa