

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 Fuerza 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:

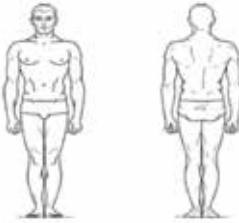
Fuente o causa de la lesión

<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:

Marcar las partes
el cuerpo afectadas



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	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Tiempo (semanas)	_____

Diagnóstico

CIE10

1.	_____
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 _____

Copia paciente

Firma y sello

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 Fuerza 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: _____

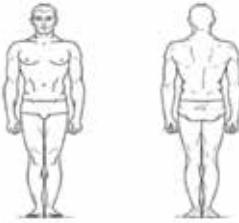
Fuente o causa de la lesión

<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: _____

Marcar las partes
el cuerpo afectadas



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.

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	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Tiempo (semanas) _____

Diagnóstico

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

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 _____