

Este formulario debe anexarse a la documentación de la solicitud de reembolso de gastos hospitalarios debidamente completada

Datos generales					
Nombre del patrono o contratante					
No. de póliza		No. de certificado			
Nombre del paciente					
Nombre del hospital		Fecha de ingreso	Día	Mes	Año
Nombre del médico o médicos tratante(s): (indicar especialidad)					

1. Sección para ser completada por el médico tratante		
Diagnóstico principal		
Diagnóstico secundario		
Plan de tratamiento		
Días previstos de internamiento		
Exámenes especiales		
Cirugía		
Otros		

2. Sección para ser completada por el médico auditor de ASSA (indispensable para trámites de pagos)
Observaciones

Firma y sello del médico auditor

Fecha de auditoría

Evaluación en días subsiguientes

Observaciones

Firma y sello del médico auditor

Fecha de auditoría

Evaluación en día subsiguientes

Observaciones

Firma y sello del médico auditor

Fecha de auditoría

Evaluación en días subsiguientes

Observaciones

Firma y sello del médico auditor

Fecha de auditoría