

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
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 LA ASSA (indispensable para trámites de pago)

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 DÍAS 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