

CONSTANCIA DE INTERNACIÓN

REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 20: Para los casos de internación, se requerirá la presentación de la constancia de internación en formulario proveído por COOMEICIPAR Ltda. Debidamente completada o la factura legal original con su correspondiente extracto o resumen, que deberá indicar la fecha y hora de ingreso y egreso hospitalarios. Se considerará un día de internación a partir de 6 (seis) horas.

1- DATOS DE / LA INSTITUCIÓN DE SALUD

Hospital o Sanatorio: _____ Tel.: _____

Dirección: _____ Localización: _____

2- DATOS DEL/LA PACIENTE

Nombre/s y Apellido/s: _____

3- DATOS DE LA INTERNACIÓN

Diagnóstico de Ingreso: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Hora de Ingreso: _____

Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____ Hora de Egreso: _____

Médico tratante (Nombre/s y Apellido/s): _____

Especialidad: _____

4- TIPO DE INTERNACIÓN

Pensión Unidad de Terapia Intermedia Unidad de Terapia Intensiva

5- FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CONSTANCIA: ____ / ____ / ____

Sello de la Institución

Firma del/la Responsable _____

Aclaración de Firma _____

Cargo que desempeña _____