EBS
EMPLOYEE BENEFITS SOLUTIONS

SOLICITUD DE CARTA AVAL

(Favor escribir con letra legible)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Titular _____ Cédula _____

Nombre del Paciente _____ Cédula _____

Empresa _____

Edad _____

Género _____

Fecha Nacimiento _____

INFORMACIÓN DE CIRUGÍA

Diagnóstico _____

Mecanismo de Trauma _____

Procedimiento _____

Lateralidad _____

Fecha de Cirugía _____

Estudios previos relacionados _____

Observaciones _____

Presupuesto de Honorarios Cirujano _____

Asistente _____

Anestesia _____

Total _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo del cirujano _____

Teléfono _____ Correo _____

Número de colegiado _____

Especialidad _____

Firma: _____ **Fecha:** _____