

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 Fuera de las instalaciones (F) Dentro de las instalaciones (D)
 Fecha de accidente dd/mm/aa _____ Hora de accidente AM(O) PM(O) _____
 En la labor habitual Si(O) No(O) Horas extras (O)

Tipo de accidente

Golpes Quemaduras Sobre esfuerzo
 Cortes Intoxicación Atropello
 Caídas Atrapamientos Otro: _____

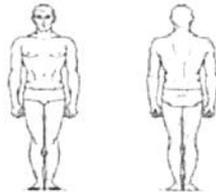
Fuente o causa de la lesión

Calor Sustancia química Madera
 Metales Eléctricos Herramienta manual
 Vidrio Escaleras Otros: _____

Partes del cuerpo afectadas

Dedos Tronco Pie
 Cabeza Brazo Ojos
 Mano Pierna Otro: _____

Marcar las partes del cuerpo afectadas



Lesión o daño sufrido

Amputación Contusión Luxación
 Quemaduras Laceración Pinchazo
 Raspadura Lesiones múltiples Electrocuación
 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 medico tratante _____ CMP _____ Fecha de atención dd/mm/aa _____

Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo Si 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 _____