

SOLICITUD DE GARANTÍA DE PAGO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
APPLICATION FORM FOR GUARANTEE OF PAYMENT FOR HOSPITALIZATION AND COMPLEMENTARY TESTS



Datos de pacientes (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Nombre del paciente (según consta en la tarjeta) / *Patient's name (as written on card):*

Número de póliza / *Card ID number:*

NHC / *Patient medical record number:*

Número del hospital / *Provider's name:*

Fechas / *Dates:*

Datos de admisión (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Tipo de admisión / *Category of admission:*

Urgencias / *E.R.*

Programado / *Elective*

Accidente de tráfico / *Road traffic accident*

Accidente laboral / *Work related accident*

Sello de hospital / *Provider stamp*

Información médica (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Antecedentes y motivo de ingreso/prueba complementaria:

Past medical history and positive clinical data for hospitalisation / complementary test:

Diagnóstico (código ICD-9):

Admitting diagnosis (ICD-9 description):

Tratamiento y procedimientos (si disponible):

Anticipated treatment plan or procedures (if available):

Duración prevista del ingreso: días
Expected length of stay

Fecha de ingreso:
Expected date of admission

Hospitalización del día
Day care

Estimación de gastos:
Estimated cost

Nombre y firma del médico responsable:
Admitting physician name and signature:

Sello del médico:
Stamp of doctor

Para recibir la garantía de pago, hagan llegar este formulario cumplimentado lo antes posible a muface.internacional@dkvseguros.es

In order to receive the guarantee of payment (GOP) please fill out this form and submit it as soon as possible to muface.internacional@dkvseguros.es