

## 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 ( ) Dentro de las instalaciones ( ) Fecha de accidente dd/mm/aa \_\_\_\_\_ Hora de accidente AM( ) PM( ) En la labor habitual Si( ) No( ) Horas extras ( )

### Tipo de accidente

<input type="radio"/> Golpes	<input type="radio"/> Quemaduras	<input type="radio"/> Sobre esfuerzo
<input type="radio"/> Cortes	<input type="radio"/> Intoxicación	<input type="radio"/> Atropello
<input type="radio"/> Caídas	<input type="radio"/> Atrapamientos	Otro: _____

### Fuente o causa de la lesión

<input type="radio"/> Calor	<input type="radio"/> Sustancia química	<input type="radio"/> Madera
<input type="radio"/> Metales	<input type="radio"/> Eléctricos	<input type="radio"/> Herramienta manual
<input type="radio"/> Vidrio	<input type="radio"/> Escaleras	Otros: _____

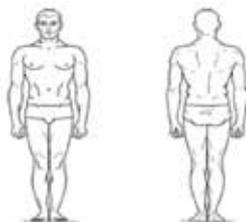
### Partes del cuerpo afectadas

<input type="radio"/> Dedos	<input type="radio"/> Tronco	<input type="radio"/> Pie
<input type="radio"/> Cabeza	<input type="radio"/> Brazo	<input type="radio"/> Ojos
<input type="radio"/> Mano	<input type="radio"/> Pierna	Otro: _____

### Lesión o daño sufrido

<input type="radio"/> Amputación	<input type="radio"/> Contusión	<input type="radio"/> Luxación
<input type="radio"/> Quemaduras	<input type="radio"/> Laceración	<input type="radio"/> Pinchazo
<input type="radio"/> Raspadura	<input type="radio"/> Lesiones múltiples	<input type="radio"/> Electrocuación
<input type="radio"/> Raspadura	Otros: _____	

Marcar las partes del cuerpo afectadas



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 médico tratante \_\_\_\_\_ CMP \_\_\_\_\_ Fecha de atención dd/mm/aa \_\_\_\_\_

### Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

## 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 ( ) Dentro de las instalaciones ( ) Fecha de accidente dd/mm/aa \_\_\_\_\_ Hora de accidente AM( ) PM( ) En la labor habitual Si( ) No( ) Horas extras ( )

### Tipo de accidente

<input type="radio"/> Golpes	<input type="radio"/> Quemaduras	<input type="radio"/> Sobre esfuerzo
<input type="radio"/> Cortes	<input type="radio"/> Intoxicación	<input type="radio"/> Atropello
<input type="radio"/> Caídas	<input type="radio"/> Atrapamientos	Otro: _____

### Fuente o causa de la lesión

<input type="radio"/> Calor	<input type="radio"/> Sustancia química	<input type="radio"/> Madera
<input type="radio"/> Metales	<input type="radio"/> Eléctricos	<input type="radio"/> Herramienta manual
<input type="radio"/> Vidrio	<input type="radio"/> Escaleras	Otros: _____

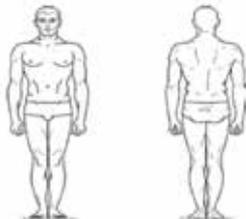
### Partes del cuerpo afectadas

<input type="radio"/> Dedos	<input type="radio"/> Tronco	<input type="radio"/> Pie
<input type="radio"/> Cabeza	<input type="radio"/> Brazo	<input type="radio"/> Ojos
<input type="radio"/> Mano	<input type="radio"/> Pierna	Otro: _____

### Lesión o daño sufrido

<input type="radio"/> Amputación	<input type="radio"/> Contusión	<input type="radio"/> Luxación
<input type="radio"/> Quemaduras	<input type="radio"/> Laceración	<input type="radio"/> Pinchazo
<input type="radio"/> Raspadura	<input type="radio"/> Lesiones múltiples	<input type="radio"/> Electrocuación
<input type="radio"/> Raspadura	Otros: _____	

Marcar las partes del cuerpo afectadas



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 médico tratante \_\_\_\_\_ CMP \_\_\_\_\_ Fecha de atención dd/mm/aa \_\_\_\_\_

### Detalle del estado inicial que presenta el paciente

Embarazo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_