

## HOJA DE EVALUACIÓN MÉDICA EN INGRESO HOSPITALARIO

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.  
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

Este formulario debe anexarse a la documentación de la solicitud de reembolso hospitalario debidamente completada.

### SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

Contratante: \_\_\_\_\_

N° de póliza: \_\_\_\_\_ N° de certificado: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del médico o médicos tratantes: (indicar especialidades): \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_

### PLAN DE TRATAMIENTO

Días previstos de internamiento: \_\_\_\_\_

Exámenes especiales: \_\_\_\_\_

Cirugía: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

---

### SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO AUDITOR DE ACSA (indispensable para trámites de pago)

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico auditor

Fecha de auditoria: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_