

**Formulario Solicitud de Afiliación Neonato**

FECHA (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

**Datos del titular**

NOMBRE COMPLETO			CONTRATO NO.	
FAMILIA NO.	IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre	TEL. RESIDENCIAL	
TEL. CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN (Calle/ Número)				
PROVINCIA/ESTADO			BARRIO/SECTOR	
CIUDAD			PAÍS	
NOMBRE DEL EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL			NO. APARTAMENTO/RESIDENCIA	

**Datos de la madre**

NOMBRE COMPLETO				
IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EDAD	
NOMBRE COMPLETO DEL ESPECIALISTA				

**Antecedentes médicos de la madre**

1. PATOLÓGICOS	Sí	No	2. QUIRÚRGICOS	Sí	No
a. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ALÉRGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Neumológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. TRAUMÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ginecológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. TRANSFUSIONALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. OTROS _____		
e. Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f. Gástricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Si usted ha indicado "Sí" en alguno de los antecedentes anteriores, favor completar las siguientes informaciones*

PUNTO NO.	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	FECHA

**Documentos y/o requisitos necesarios para la inclusión del neonato**

- CONFIRMAR QUE LA MATERNIDAD TIENE COBERTURA.
- ESTA SOLICITUD NO APLICA PARA LOS CASOS DE EMBARAZOS GEMELAR O MÚLTIPLES.
- TRAMITAR LA INCLUSIÓN A MÁS TARDAR A LAS 22 SEMANAS Y ANEXAR:
  - \*Certificado del médico obstetra.
  - \*Reporte sonográfico, el cual debe ser emitido dos semanas antes de la solicitud de inclusión.
- LAS INCLUSIONES NO SERÁN RETROACTIVAS.
- ESTA INCLUSIÓN NO GENERA CARNÉ, PERO SE VISUALIZA EN LA FACTURACIÓN, CON LA MISMA TARIFA DE LA FAMILIA A LA CUAL PERTENECE.
- CUANDO EL BEBÉ NAZCA, ENVIAR A UNIVERSAL LOS FORMULARIOS CORRESPONDIENTES PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS, ASÍ COMO LA FOTOCOPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO. LUEGO DE ESTO, SE PROCEDE CON LA EMISIÓN DEL CARNÉ.

## Historia clínica de la madre

RESUMEN CLÍNICO

### Detalles del embarazo

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO ESTIMADO DE EMBARAZO	FECHA PROBLEABLE DE PARTO
---	-----------------------------	---------------------------

TRATAMIENTO RECIBIDO

LABORATORIOS/ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REQUERIDOS

RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS

HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

### Datos del prestador

CÓDIGO DE AFILIACIÓN MÉDICA

NO. EXCEQUÁTUR

UNIVERSAL (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta. Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiéndole la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este Artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

***Este formulario debe ser llenado correctamente y devuelto en sobre sellado. El mismo debe estar acompañado del Formulario de Novedades.***

Nota: Cualquier omisión de datos o información referente a un padecimiento, la empresa tiene la autoridad de reservarse el derecho de cobertura al momento de ser solicitado.

Próxima cita

Firma del solicitante

Firma del especialista