



SOLICITUD DE CARTA AVAL

(Favor escribir con letra legible)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Titular _____ Cédula _____
Nombre del Paciente _____ Cédula _____
Empresa _____
Edad _____
Género _____
Fecha Nacimiento _____

INFORMACIÓN DE CIRUGÍA

Diagnóstico _____
Mecanismo de Trauma _____
Procedimiento _____
Lateralidad _____
Fecha de Cirugía _____
Estudios previos relacionados _____
Observaciones _____

Presupuesto de Honorarios Cirujano _____
Asistente _____
Anestesia _____
Subtotal _____
Total + IVA _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo del cirujano _____
Teléfono _____ Correo _____
Número de colegiado _____
Especialidad _____

Firma: _____

Fecha: _____