HOSPITAL DE LOS VALLES

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

La información que se solicita a continuación es necesaria para generar la cotización del procedimiento a realizarse en el Hospital de los Valles.

** Campos obligatorios*

FECHA:

ESPACIO PARA DATOS DEL PACIENTE

***Apellidos y Nombres:**

***Número de Cédula:**

ESPACIO PARA DATOS MÉDICOS

Diagnósticos (S):

***Nombre del médico tratante:**

***¿Tiene seguro médico?** ☐ SI ☐ NO ***Indique su seguro médico:**

DETALLES DEL PROCEDIMIENTO

***Días de hospitalización:** ***Tiempo de Quirófano:**

***Detallar nombre del procedimiento:**

Favor detallar: *Códigos (CPT) *Porcentajes (%) de los códigos a facturar.

CODIGO	PORCENTAJE	CODIGO	PORCENTAJE	CODIGO	PORCENTAJE

***Requiere insumos o materiales especiales (Describa):**

INSUMOS ESPECIALES / IMPLANTES / ANCLAS-SUTURAS-PLACAS / MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

CANTIDAD	DESCRIPCION

Especificaciones técnicas que apliquen:

Uso de Equipos Especiales (Describa):

Requerimiento adicional (Describa):

FIRMA Y SELLO
MÉDICO ESPECIALISTA

Por favor verificar que todos los campos del formulario estén llenos para dar respuesta oportuna y enviar al correo:
cotizaciones.comercial@hospitaldelosvalles.com Contacto: 2977-900 ext. 1712

La cotización se enviará en el transcurso de 24 horas siguientes posterior a recibir este formulario con toda la información solicitada