



DATOS DEL TITULAR NOMBRE Y CEDULA:

Cédula

DATOS DEL BENEFICIARIO NOMBRE Y CEDULA:

Cédula

SINTOMAS QUE PRESENTA:

FECHA Y HORA DE LA CITA

CENTRO DE AMP DONDE SERA ATENDIDO:

CONSULTA

SI

NO

ESPECIALIDAD

LABORATORIO/ESTUDIOS:

SI

NO

DETALLE

OBSERVACIONES ADICIONALES:

IMPORTANTE LEER CON ATENCION

- 1.- Favor completar todos los datos solicitados, evite dejar espacios en blanco de lo contrario no se podrá dar respuesta a su solicitud.
- 2.- Evite solicitar alguna orden si no posee antes una cita en la clinica de Asistencia Primaria de su preferencia ya que la vigencia de las ordenes de servicio es de 15 días continuos.
- 3.- En el caso de ordenes de laboratorios, estudios y/o consultas con especialista, debe enviar sus respectivos soportes la fecha de emision del informe no puede ser mayor a un (1) mes.
- 4.- Solamente serán procesadas las ordenes enviadas al correo exclusivo: ordenesmedicas@oceanicadeseguros.com (abstenerse de enviarlas a otros correos).
- 5.- Los controles y chequeos no estan amparados (condicionado unico de salud sudeaseg).

FECHA SOLICITUD

SOLICITADA POR