



LIGA DEPORTIVA BARRIAL SAN PEDRO DE EL TINGO

FORMATO DE RECLAMACIÓN FONDO DE AYUDA MEDICA

DATOS GENERALES

Nombre del Club:	CI:
Nombre del Jugador:	Edad
Categoría: Masculina _____ Femenino _____ Infantil _____	
Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:	
Nombre del médico consultor:	
Tiene otro tipo de cobertura médica?:	SI _____ NO _____
Nombre de la Compañía:	

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valores	
Consulta Médica		Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo, Autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, Institución o empresa que prestó algún servicio médico para suministre a la Liga San Pedro de El Tingo. todos los informes que requiera incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.
Rayos X		
Laboratorio		
Medicinas		
Otros		
Total de gastos presentados:		

Observaciones:
Número de documentos que acompañan este formato:

Lugar y Fecha:

Nombre del Presidente del Club:		CI:	
			Fecha Recepcion
Firma Presidente Club	Firma Solicitante	Firma Comision	/ /

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTE ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.