


 <p>Sinec Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL</p>	<h2>REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN</h2>
---	--

FORMULARIO Nro. 8

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ENREGIONAL DISTINTA A LA DE LA ADSCRIPCIÓN

 <p>Sinec Seguro Integral de Salud CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL</p>	<p>SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA A LA DE ADSCRIPCIÓN</p>				
SOLICITUD DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción			
Yo solicito la atención médica en la: _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Ciudad - Departamento</div>					
Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación: desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___					
BENEFICIARIOS					
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Firma del Asegurado _____			Dpto. de Vigencia y Derecho _____		
AUTORIZACIÓN					
DATOS DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción			
Autorización para la atención y prestación de servicio médicos. Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación:					
BENEFICIARIO (S)					
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
			AUTORIZADO		
En: _____ DEPARTAMENTO O PROVINCIA DONDE SE OTORGARA EL SERVICIO					
Desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___					