

**SOLICITUD DE GARANTÍA DE PAGO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**  
**APPLICATION FORM FOR GUARANTEE OF PAYMENT FOR HOSPITALIZATION AND COMPLEMENTARY TESTS**



**Datos de pacientes** (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Nombre del paciente (según consta en la tarjeta) / *Patient's name (as written on card):*

Número de póliza / *Card ID number:*

NHC / *Patient medical record number:*

Número del hospital / *Provider's name:*

Fechas / *Dates:*

**Datos de admisión** (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Tipo de admisión / *Category of admission:*

Urgencias / *E.R.*

Programado / *Elective*

Accidente de tráfico / *Road traffic accident*

Accidente laboral / *Work related accident*

Sello de hospital / *Provider stamp*

**Información médica** (a rellenar por el departamento de admisión / *to be filled by the admission department*)

Antecedentes y motivo de ingreso/prueba complementaria:

*Past medical history and positive clinical data for hospitalisation / complementary test:*

Diagnóstico (código ICD-9):

*Admitting diagnosis (ICD-9 description):*

Tratamiento y procedimientos (si disponible):

*Anticipated treatment plan or procedures (if available):*

Duración prevista del ingreso: días  
*Expected length of stay*

Fecha de ingreso:  
*Expected date of admission*

Hospitalización del día  
*Day care*

Estimación de gastos:  
*Estimated cost*

Nombre y firma del médico responsable:  
*Admitting physician name and signature:*

Sello del médico:  
*Stamp of doctor*

Para recibir la garantía de pago, hagan llegar este formulario cumplimentado lo antes posible a [internacional@dkvseguros.es](mailto:internacional@dkvseguros.es)

*In order to receive the guarantee of payment (GOP) please fill out this form and submit it as soon as possible to [internacional@dkvseguros.es](mailto:internacional@dkvseguros.es)*