

**FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA**

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ Certificado N° \_\_\_\_\_

**PARA CIRUGIAS PROGRAMADAS DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DIAS DE ANTICIPACION EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: (si aplica) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Nombre del Medico Tratante Dr.(a) \_\_\_\_\_

Hospital donde se Internara \_\_\_\_\_

Días de Hospitalización \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Inicio de la Enfermedad \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundario \_\_\_\_\_

Procedimiento Quirúrgico Ambulatorio \_\_\_\_\_ Hospitalario \_\_\_\_\_

Tipo de Procedimiento a realizar \_\_\_\_\_

Honorarios Médicos US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO) Anestesia US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO)

Biopsia US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO) Otros US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO)

Resumen Historial clínico \_\_\_\_\_

En su opinión si es enfermedad, cuando se iniciaron los primeros síntomas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Medico Tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Aprobado \_\_\_\_\_ No Aprobado \_\_\_\_\_

Honorarios Médicos US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO) Anestesia US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO)

Biopsia US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO) Otros US\$ \_\_\_\_\_ (IVA INCLUIDO)

Observaciones \_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_

Fecha de Resolución \_\_\_\_\_