

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION DE CREDITO HOSPITALARIO

Favor llenar este formulario con letra imprenta y en su totalidad

Ciudad Fecha No. de Contrato

1. DATOS GENERALES (Llenados por el titular y/o paciente)

.....
 Nombres y Apellidos del Titular C.I

 Nombres y Apellidos del Paciente C.I Edad
 Tiene otro Plan Médico:
 Si No Plan: Individual Empresarial Corporativo

2. DATOS DEL PACIENTE (Llenados por el médico tratante)

a. Fecha en la que el paciente consultó por primera vez este diagnóstico?

 b. Motivo de la consulta?

 Antecedentes:

 c. El paciente fue tratado anteriormente por esta enfermedad?
 Si No Fecha

d. Diagnóstico definitivo:

 e. Procedimiento:

 f. Nombre del Hospital o Clínica

 Fecha de Ingreso Fecha de Egreso Días Hospitalización.....

3. HONORARIOS CODIFICADOS PARA LA INTERVENCIÓN

	<u>CÓDIGOS</u>	<u>EVALUACION PMS</u>
MD Especialista:
Anestesiólogo:
Ayudante:
Otros Gastos:
..... Firma del Afiliado	 Firma y sello del Médico tratante/código
Nombre del Médico		

NOTA: Revisar observaciones al reverso
 Av. Amazonas N35-17 y Juan Pablo Sanz, Ed. Xerox 6to. piso

6032740 / 6022233

4. INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO

a. Completar el numeral 1, por el afiliado.

b. Completar los numerales 2 y 3 por el médico tratante (sello y firma).

*De ser el caso anexar documentos que respalden y considere importante para la evaluación del mismo.