



SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE BENEFICIO

ESTUDIOS ESPECIALIZADOS, CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES ELECTVIAS

CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

Nombre completo: _____

No. de cédula / Certificado: _____

Lugar de Trabajo: _____

No. Póliza _____

Teléfono:

Oficina

Residencial

Nombre del Paciente: _____

No. de cédula / Certificado: _____

Parentesco: _____

Edad: _____ Género: _____

F M

Autorizo a todos los doctores o cualquier otra persona que me hayan examinado y a todos los hospitales o cualquier otra institución para que suministre información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.

Firma Asegurado: _____

Fecha/ Ciudad: _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR MÉDICO TRATANTE Y/U HOSPITAL

Diagnóstico de Padecimiento Actual: _____

Código de Diagnóstico ICD-10: _____

Fecha de Primeros Sintomas: _____

Breve Historia de Condición del Paciente: _____

Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados:
(Adjuntar con solicitud)

Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Afectuarse:
Código CPT/Nombre

HONORARIOS MÉDICOS:

Ambulatorios:

Nombre de Hospital o Clínica: _____

Hospitalización:

Efectiva: si no

Días de Reclusión _____

Fecha Sugerida de Ingreso: _____

dd mm aaaa

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL

Fecha: _____

Fecha: _____

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario de Preautorización y confirmación de Beneficio de Gastos Médicos por enfermedad y/o accidentes Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53993 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021