

# FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES



## 1 DATOS DEL ASEGURADO

Completar por el asegurado

Aseguradora: \_\_\_\_\_  
Contratante: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_ N° Carné: \_\_\_\_\_  
Asegurado titular: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐ Edad: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

## 2 DATOS CLÍNICOS

Completar por el médico tratante

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos secundarios: \_\_\_\_\_  
Exámenes especiales indicados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3 HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Completar por el médico tratante

Fecha inicio de la enfermedad y primeros síntomas: Día \_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_ / Año \_\_\_\_  
Tiempo de evolución de la enfermedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Detallar exámenes y/o estudios previos realizados: (Adjuntar resultados)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4 FIRMA Y VALIDACIÓN

Completar por el médico tratante

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ JVPM: \_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

