

SOLICITUD PARA AUTORIZACIONES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS



1 DATOS DEL ASEGURADO

Servicio: _____ Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____
Contratante: _____
Aseguradora: _____ N° Póliza: _____ N° Carné: _____
Asegurado titular: _____
Paciente/Dependiente: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Clase: _____
Día Mes Año

2 DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico: Principal: _____ Secundario: _____
Fecha tentativa inicio de enfermedad: _____
Ha sido tratado antes por este padecimiento: SÍ ☐ No ☐
Antecedentes clínicos: _____

3 HOSPITALIZACIÓN PROPUESTA

Hospital Propuesto: _____
Fecha de Ingreso: _____ Días estimados de hospitalización: _____

4 PROCEDIMIENTO A REALIZAR

PROCEDIMIENTO A REALIZAR	COMENTARIOS	CÓDIGO

5 DETALLE DE HONORARIOS

ESPECIALIDAD	MONTO	NOMBRE DEL MÉDICO

6 FIRMA Y VALIDACIÓN

Firma y Sello del Médico _____



IMPORTANTE

- En casos que aplique el asegurado deberá presentar resultados de exámenes, Rayos X, etc., relacionados con el procedimiento.
- Validez de esta solicitud: 30 días calendario para trámite de Autorización, Cirugía y/o maternidad programada, deberá tramitarse con 3 días hábiles de anticipación
- En caso de cirugía y/o maternidad de emergencia el hospital debe notificar a MiRed en un máximo de 24 horas

