

SOLICITUD PARA AUTORIZACIONES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y OTROS

Servicio _____ Fecha Solicitud _____

Contratante _____

Aseguradora _____ Carnet _____ No. Poliza _____

Asegurado Titular _____

Paciente/Dependiente _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Clase _____

Diagnosticos

Principal _____ Secundario _____

Fecha tentativa inicio de enfermedad _____

Ha sido tratado antes por este padecimiento SI _____ NO _____

Antecedentes clinicos _____

Hospital Propuesto _____

Fecha de Ingreso _____ Dias estimados de hospitalizacion _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR	COMENTARIOS	CODIGO

DETALLE DE HONORARIOS

ESPECIALIDAD	MONTO	NOMBRE DEL MEDICO

Firma y Sello del Medico _____

IMPORTANTE

EN CASOS QUE APLIQUE EL ASEGURADO DEBERA PRESENTAR RESULTADOS DE EXAMENES, RAYOS X, ETC., RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO. VALIDEZ DE ESTA SOLICITUD: 30 DIAS CALENDARIO PARA TRAMITE DE AUTORIZACION, CIRUGIA Y/O MATERNIDAD PROGRAMADA DEBERA TRAMITARSE CON 3 DIAS HABILES DE ANTICIPACION, EN CASO DE CIRUGIA Y/O MATERNIDAD DE EMERGENCIA EL HOSPITAL DEBE NOTIFICAR A MIREDA . EN UN MAXIMO DE 24 HORAS