

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN (EMERGENCIAS, HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS)

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ No. De Carné RPN: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL MEDICO TRATAENTE**

### I. DATOS GENERALES

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Sexo F

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Trabaja? SI  NO  Empresa \_\_\_\_\_

### II. HISTORIAL MÉDICO / DATOS DEL PROCEDIMIENTO

¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

La condición del paciente se debe a:

Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
Accidente de Automóvil	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	Fecha	_____ / _____ / _____
Otros Accidentes	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	U.M.	Día _____ Mes _____ Año _____

Describe el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede.

¿Fecha de inicio de la enfermedad ode ocurrencia del accidente? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Si  No

Si es afirmativo: ¿Cuándo? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Médico : \_\_\_\_\_

Indique el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento o Cirugía a Realizar? \_\_\_\_\_

Código REDHSA _____	Porcentaje _____
Código REDHSA _____	Porcentaje _____
Código REDHSA _____	Porcentaje _____

Fecha Programada: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hospital donde desea la admisión : \_\_\_\_\_

Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): \_\_\_\_\_ Días.

Honorarios por el procedimiento (Incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. \_\_\_\_\_

¿Puede ser realizada Ambulatoriamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Requiere Ayudante?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Requiere Anestesiólogo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Requiere Médico Adicional	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Otras Observaciones \_\_\_\_\_

¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si  No  Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Médico que emitió la Segunda Opinión: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Médico

Especialidad

Firma y Sello Médicos

Teléfono

**Certifico que la información declarada es verídica a mí leal saber y entender**