



**CERTIFICADO  
MEDICO-PAGO DIRECTO**

NOTA: El presente documento debe presentarse a Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales 5 días hábiles antes de la hospitalización para su estudio y aprobación.

En caso contrario Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales no se responsabiliza por los gastos incurridos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____
NOMBRE EMPRESA ASEGURADA: _____	

FECHA DE PRIMERA CONSULTA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION: \_\_\_\_\_

ES DE ORDEN:  CONGENITO  ADQUIRIDO  TRAUMATICO

SE ORDENA HOSPITALIZACION EN: _____	NOMBRE DEL MEDICO: _____
FECHA: _____	# DE DIAS DE HOSPITALIZACION: _____

TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/> MEDICO:
DESCRIPCION: _____ CODIGO: (Tabla Valores Relativos de California)
_____
_____
_____
_____

EXAMENES ORDENADOS:

HONORARIOS:	CIRUJANO PRINCIPAL:	Q _____
	AYUDANTE:	Q _____
	ANESTESIA:	Q _____
	No. VISITAS HOSPITALARIAS: _____	Q _____
	TOTAL:	Q _____

\_\_\_\_\_ FIRMA DE MEDICOS

FAVOR ESPECIFICAR EL MONTO DE HONORARIOS, YA QUE EN CASO CONTRARIO NO SE EMITIRA LA CARTA-FAX AUTORIZANDO LA HOSPITALIZACION.