



**FORMULARIO DE AUTORIZACION
PARA DIAGNOSTICO Y CARTA DE RESPONSABILIDAD**

SECCION I (A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO Y LA EMPRESA)

Yo _____, asegurado bajo la Póliza No. _____
contratada por la Empresa _____
con certificado No. _____, por este medio acepto los cargos que por concepto de exámenes practicados a mi persona
y/o dependiente _____ haga el Centro de
Diagnóstico _____ reconociendo mi responsabilidad
en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios que provee la Póliza contratada. Así mismo, de
constatarse que dicha póliza ya no se encuentra en vigor o de no encontrarme como empleado activo de la empresa, me responsabilizo a cubrir al
Centro de Diagnóstico arriba mencionado los gastos incurridos.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ CEDULA: _____
DIRECCION DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____ FECHA: _____

Firma y Sello de la Empresa

Firma del Asegurado

SECCION II (A SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE)

Este formulario debe presentarse en Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales 3 días hábiles antes de la fecha en que se realizarán los exámenes, para su estudio y aprobación, en caso contrario Aseguradora Mundial Colectivos Empresariales no se hará responsable por los gastos incurridos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DIAGNOSTICO PRELIMINAR: _____
TIEMPO DE EVOLUCION: _____

ES DE ORDEN: CONGENITO ADQUIRIDO TRAUMATICO

NOMBRE DEL MEDICO: _____

FIRMA Y SELLO: _____ FECHA: _____

DESCRIPCION DE EXAMENES SOLICITADOS: _____

Marque con una X el examen solicitado.

No.	Nombre del examen	Código CPT	X
1	Tomografías	78600	
2	Resonancias Magnéticas	74181	
3	Gastroscopias	43239	
4	Colonoscopias	45380	
5	ERCP	43260	
6	Colecistogramas	74290	
7	Pielogramas	74400	
8	Colangiogramas simples o por tubo	74320	
9	Estudios con isótopos en Medicina Nuclear	78000	