



**ASEGURADORA GENERAL, S.A.**  
**SOLICITUD HOSPITALIZACION**  
**Fax – 23311880**

**E-mail: [autorizacionesgeneral@gmail.com](mailto:autorizacionesgeneral@gmail.com)**

**No. De Autorización:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado:**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número De Póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

Empresa Contratante: \_\_\_\_\_

**Informe de Médico tratante:**

Fecha de primera consulta: \_\_\_\_\_ Síntomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnóstico:**

\_\_\_\_\_

Según opinión médica cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: \_\_\_\_\_

**La hospitalización se debe a:**

**Enfermedad** \_\_\_\_\_ **Accidente** \_\_\_\_\_ **Maternidad** \_\_\_\_\_ **Cirugía** \_\_\_\_\_

**Especifique Descripción del procedimiento:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adjuntar el informe de los exámenes para diagnósticos efectuados**

Costo de Honorarios: \_\_\_\_\_

Código de Cirugía: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Hospitalización: del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono para notificaciones: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.