



**ASEGURADORA GENERAL, S.A.**  
**SOLICITUD PARA HOSPITALIZACION**  
Fax – 2331 1880 / 2334 7825  
PBX 1757

**Datos del Asegurado:**

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

Si procede:

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: \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_