

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA



N° de verificación:

SECCIÓN A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Empresa Contratante:

ID del Asegurado:

Nombre del Asegurado Titular:

N° de Teléfono para información:

Nombre del Hospital:

Extiendo a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. el más amplio y total finiquito por el pago que en mi nombre efectúe al Proveedor de servicios.

Firma del Asegurado:

Síntomas:

Fecha (dd/mm/aa):

SECCIÓN A LLENAR POR EL MÉDICO

Nombre completo del paciente:

Edad:

Fecha de ingreso al hospital:

Historia Clínica:

Diagnóstico o diagnósticos motivo de ingreso del paciente:

Fecha probable de origen de la enfermedad (según su criterio médico):

Descripción del tratamiento médico:

Si existe cirugía favor completar:

Código(s)*

Descripción:

* (Tabla Valores Relativos de California)

Cirujano principal

Valor de honorario solicitado: Q.

Nombre del médico

N° Colegiado:

Especialidad

Ayudante cirugía

Q.

Anestesia

Q.

Visitas Hospitalarias

Q.

Observaciones:

Nombre del médico:

Firma y Sello del médico:

Teléfono:

N° Colegiado:

Fecha (dd/mm/aa):