

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE GASTOS MÉDICOS



Número de Póliza: _____ Número de Certificado Individual: _____

Nombre completo del Asegurado Principal: _____

Nombre del Dependiente que recibe el tratamiento: _____

CONYUGE ____ HIJO(A) ____ EDAD _____

Médico Tratante: _____

Número de Colegiado: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Diagnóstico: _____

Describa si el tratamiento se ofrece por enfermedad o accidente: _____

Indique la fecha cuando se inició la enfermedad o lesión: _____

¿Ha recibido el paciente tratamiento médico o ha sido hospitalizado anteriormente por esta misma incapacidad? Amplíe: _____

Tratamiento: _____

Está usted ordenando: Procedimiento Especial de Diagnóstico SI ____ NO ____ Hospitalización SI ____ NO ____

Si va a practicar una cirugía describa la operación y el No. De Código Quirúrgico: _____

Se debe a condición de embarazo, si es así cuando inició el mismo: _____

HOSPITAL PROPUESTO: _____

FECHA DE INGRESO: _____

FECHA DE EGRESO: _____

ESTIMADO HOSPITALIZACION: _____

CIRUJANO: _____

ANESTESIA: _____

ASISTENTE: _____

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha: _____

Asegurado: Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que e trataron por enfermedad descrita en este formulario, para que suministren a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.

Firma del Asegurado Titular