

Solicitud de autorización para crédito hospitalario

Ciudad: _____

Fecha: Día Mes Año

Número de Autorización

Número de póliza: _____

Broker: _____

1. Datos Generales

Empresa: _____ Fecha de inclusión a la póliza: _____ Fecha de vigencia de la póliza: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ CI: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Telf. De domicilio: _____ Telf. Celular: _____ E-mail: _____

2. Antecedentes médicos quirúrgicos (a ser llenados por el médico tratante)

Nombre del médico tratante: _____ C.I. / R.U.C.: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico definitivo: _____

CIE 10: _____ (Adjuntar exámenes que soporten el diagnóstico, rayos X, tomografías, exámenes de laboratorio)

Describa los síntomas y signos: _____

Fecha en que se presentan los síntomas por primera vez Fecha: Día Mes Año

Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día Mes Año

En caso de Embarazo F.U.M Fecha: Día Mes Año

Breve historia clínica: _____

El paciente tenía conocimiento de esta enfermedad Si No

Se trata de una enfermedad: Crónica Aguda

Procedimiento a realizarse: _____

Hospital del día Hospitalario Nombre del hospital o clínica: _____

Número de días de Hospitalización _____

Fecha tentativa de ingreso Día Mes Año

PRESUPUESTO DE HONORARIOS	VALOR	CÓDIGO
Cirujano		
Anestesiólogo		
Ayudante		
Otros		



FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

Como médico certifico que todo lo escrito en este documento es verdadero y si Seguros Atlántida requiere los respaldos médicos, se los proporcionará sin ningún inconveniente.

3. Espacio reservado para la aprobación de Seguros Atlántida

COBERTURAS	VALOR APROBADO
Límite máx. Autorizado	
Cuarto y Alimento diario	
Honorarios Cirujano	
Honorarios Anestesiólogo	
Honorarios Ayudante	
% Autorización de Crédito	
Otros	



FIRMA RESPONSABLE AUTORIZACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

*IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS