



**Metropolitana**  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**DEVOLVER CONFIRMACION AL  
FAX No. \_\_\_\_\_**

## SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION Y CONFIRMACION DE BENEFICIO

### Estudios Especializados, Cirugías y Hospitalizaciones Electivas

#### CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

Nombre del Asegurado:		No. de Cédula / Certificado:	
Lugar de Trabajo:		No. de Póliza:	
Teléfonos:	Oficina: <input type="text"/>	Residencia:	<input type="text"/>
Nombre del Paciente:		No. de Cédula:	
Parentesco:		Edad _____ Sexo: <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/>	
<i>Autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.</i>			
FIRMA DEL ASEGURADO:		FECHA:	

#### SECCION PARA SER COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL

Diagnóstico de Padecimiento Actual:		<input type="text"/>	Código de Diagnóstico ICD-10	Fecha de Primeros Síntomas:
Breve Historia de Condición del Paciente:		Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados <b>(Adjuntar con solicitud).</b>		
		Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre • • • •		
HONORARIOS MEDICOS: <input type="text"/>	Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Hospitalización: <input type="checkbox"/> Efectiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de Hospital o Clínica:		
		Días de Reclusión Requeridos:	Fecha Sugerida de Ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE  Fecha: _____		FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL  Fecha: _____		