

Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____
 Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____
 Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____
 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

Describa los síntomas y signos: _____

¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas de la enfermedad? Fecha: Día Mes Año
 Fecha de la primera vez que el paciente lo consultó por esta enfermedad Fecha: Día Mes Año
 Cirugías u hospitalizaciones anteriores: Sí No En caso de embarazo F.U.M. Fecha: Día Mes Año

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Pasados): _____

Hallazgos de Laboratorio, Imagen, Interconsultas: _____

Honorarios médicos por procedimiento a realizarse:

Médico Principal:

Código CPT: _____ \$

Ayudante: _____ \$

Anestesiólogo: _____ \$

Hospital del día Hospitalario Nombre del hospital o clínica: _____

Fecha tentativa de ingreso: Día Mes Año

Como médico certifico que los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos tanto de exámenes complementarios, de apoyo, diagnóstico, así como la copia de la Historia Clínica, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

FIRMA, SELLO Y CÓDIGO DEL MÉDICO

3. PACIENTE / TITULAR

Firmo la presente solicitud, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

FIRMA DEL TITULAR

NOTA: Si el beneficiario es menor de edad, firma el titular

4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO HOSPITALARIO (Revisar si cumple con la documentación)

- Formulario de solicitud de autorización de crédito hospitalario.
- Resultados e informes de exámenes en relación al procedimiento a realizarse.
- Historia Clínica en el formato 002 emitido por el Ministerio de Salud Pública (o su equivalente).

IMPORTANTE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

GC-FR-01 V03