



**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: _____	Residencia: _____
Nombre del Paciente:	No. de Cédula:
Parentesco:	Edad _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <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 ASEGUROADO:	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 <i>(Adjuntar con solicitud).</i>		
	Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre • • • •		
HONORARIOS MEDICOS: <input type="text"/>	Ambulatorio: <input type="text"/> Hospitalización: <input type="text"/> 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: _____	