

## SOLICITUD DE PRE Y POST AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO TITULAR

Tipo de contrato: Individual ☐ Corporativo ☐ Contratante: \_\_\_\_\_  
Afiliado titular: \_\_\_\_\_ cédula: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ cédula: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Tiene otro seguro o cobertura médica: Sí ☐ No ☐ IESS ☐ Compañía: \_\_\_\_\_  
Dirección actualizada: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL (A SER LLENADO POR EL MÉDICO)

Médico tratante: \_\_\_\_\_ cédula/Ruc: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico completo: \_\_\_\_\_  
Fecha en que se presentaron los primeros síntomas: \_\_\_\_\_  
Fecha de primera consulta con el paciente por este motivo: \_\_\_\_\_  
CIE10: \_\_\_\_\_ Se trata de una enfermedad: Crónica ☐ Aguda ☐  
La enfermedad actual es consecuencia de: Embarazo ☐ Accidente ☐ Congénita ☐ Otros ☐  
Detalle el procedimiento que se realizará: \_\_\_\_\_ CTP: \_\_\_\_\_  
Hospital/clínica donde se realizará el procedimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes patológicos personales

1. Dx: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_  
2. Dx: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_  
3. Dx: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Certifico en calidad de médico, que los datos proporcionados son veraces y que en caso de ser requeridos, por parte de la Compañía, entregaré los respaldos necesarios requeridos.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha Firma y sello de médico Nombre del médico

Certifico que las respuestas aquí dadas son verdaderas y autorizo a los profesionales que nos prestaron las atenciones correspondientes a proporcionar toda la información requerida por parte de la compañía, en la persona de cualquiera de sus funcionarios.

En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios de esta reclamación.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha Firma del Afiliado Firma y sello del contratante

Nos comprometemos a optimizar el tiempo para dar una pronta y adecuada respuesta a su solicitud. Por este motivo, solicitamos a usted que nos adjunte todo documento que aporte la solicitud: Imágenes, exámenes de laboratorio y otros necesarios.

Recepción: Fecha: \_\_\_\_\_ Aut.: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

### USO INTERNO

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Receptado por: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### USO INTERNO

Contrato: \_\_\_\_\_ Inicio de vigencia: \_\_\_\_\_  
 Plan vigente: \_\_\_\_\_ Mes/cancelado: \_\_\_\_\_  
 Código de patológicas registradas con cobertura: \_\_\_\_\_  
 Código de patológicas registradas sin cobertura: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Auditado por: \_\_\_\_\_  
 Fecha auditado: \_\_\_\_\_ Aprobado ☐ Negado ☐  
 Observación: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS MÉDICO

Información clínica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Antecedentes médicos: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico actual: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS TÉCNICO

Procedimiento programado: \_\_\_\_\_  
 Clínica asignada: \_\_\_\_\_  
 Producto: \_\_\_\_\_  
 Tabla: \_\_\_\_\_

Códigos	%	Valor
1: _____	_____	\$ _____
2: _____	_____	\$ _____
3: _____	_____	\$ _____
4: _____	_____	\$ _____

Equipos/Paquete quirúrgico	Valor
1: _____	\$ _____
2: _____	\$ _____

### Coberturas especiales

Prótesis: Sí ☐ No ☐  
 Terapia dolor: Sí ☐ No ☐  
 Cama de acompañante: Sí ☐ No ☐

Cama de acompañante: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aprobado ☐ Negado ☐

\_\_\_\_\_  
Médico Auditor Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha Auditoría Médica