

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Favor presentar 72 horas antes de la hospitalización

### SECCIÓN A.- DEBE SER COMPLETADO POR EL AFILIADO

Tipo de plan: **TOTAL** ☐ **ELEGIR** ☐

No. de Contrato: ..... No. Flia: ..... No. Usuario: .....

Fecha de afiliación: ..... Ciudad: .....

Nombre de la Empresa: ..... Teléfonos: .....

Nombre del Titular: .....

Nombre del Paciente: ..... C.I.: ..... Edad: .....

### SECCIÓN B.- DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Detalle de signos y síntomas de la patología actual: .....  
.....  
.....

Tiempo de evolución de la enfermedad: .....

Diagnóstico (Presuntivo y código CIE-10): .....

Diagnóstico (Definitivo y código CIE-10): .....

Código CPT de procedimientos quirúrgicos: .....

La enfermedad actual es:

Aguda ☐ Crónica ☐ Infecciosa ☐ Por accidente ☐ Congénita ☐ Otros ☐

Especifique: .....

Fecha probable de ingreso para procedimiento: .....

Tiempo estimado de hospitalización (**Desde el ingreso al hospital**): .....

Tipo de cirugía: Emergente ☐ Planificada ☐ Ambulatoria ☐

Tipo de internamiento: Ambulatoria (Menos de 12 horas) ☐ Hospitalización (Más de 24 horas) ☐

Equipo de cirugía requerido: Cirujano Principal ☐ Ayudante ☐ Anestesiólogo ☐ \*Cocirujano ☐

Equipos especiales requeridos: .....

Hospital o Clínica donde se realizará el procedimiento (**Sujeto a modificación de acuerdo al contrato del afiliado**): .....

Nombre del médico responsable: ..... Especialidad .....

Teléfonos a los que se le puede contactar en caso de ampliar la información: .....

Fecha y ciudad: ..... DD/MM/AAAA

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO SECCIÓN B, ES VERDADERA, AUTORIZANDO LA VERIFICACIÓN DE LA MISMA, ADJUNTO LOS EXÁMENES E HISTORIA CLÍNICA COMPLEMENTARIA.**

\*Cocirujano, se aprueba conforme revisión de auditoría.

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**

## USO EXCLUSIVO DE AUDITORÍA MÉDICA DE ECUASANITAS

Códigos CPT autorizados por auditoría: .....

.....

Equipo de cirugía aprobado: .....

.....

Equipos especiales aprobados: .....

.....

Punto quirúrgico aprobado de acuerdo a convenio: .....

Clínica aprobada para el procedimiento de acuerdo al contrato del afiliado: .....

.....

Análisis de auditoría del caso: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha de recepción: .....

Fecha de aprobación: .....

Nombre y firma del médico auditor

## INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Para efectos de autorizar un procedimiento quirúrgico, se deberá llenar el Formulario de solicitud de Pre-Autorización de Procedimientos Quirúrgicos de Ecuasanitas de la siguiente manera:

### SECCIÓN A.- INFORMACIÓN AFILIADO:

- El contratante, el afiliado o su representante, debe llenar todos los campos que se solicita en esta sección.

### SECCIÓN B.- INFORMACIÓN MÉDICA:

- Deberá detallar la sintomatología relevante, tiempo de evolución de la patología y toda la información requerida, con letra clara y legible.
- El diagnóstico presuntivo y definitivo con los códigos CIE-10.
- Procedimientos con códigos CPT.
- Entregar al paciente copia de la historia clínica.

### EL AFILIADO DEBERÁ PRESENTAR:

- Adjunto al presente, copia de los resultados de exámenes complementarios realizados al usuario que sustenten la enfermedad y diagnóstico.
- La solicitud y los resultados de los exámenes deberá ser presentada por el afiliado a la Compañía con 72 horas de anticipación para la respectiva auditoría médica previa la autorización por escrito.
- La información debe ser completa y veraz, éste es un documento médico legal que servirá para sustentar el pago al prestador del servicio.