



## 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.**

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: .....

Clinica 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.