



Lugar y fecha:					
Datos del asegurado: (información a ser completada por el asegurado)					
Póliza:		Contratante:		Certificado:	
Asegurado titular:				DPI:	
Nombre de paciente:				DPI:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Ocupación:	
Teléfono asegurado:		E-mail:			
Información médica: (información a ser completada por el médico tratante)					
Antecedentes:					
Síntomas presentados:					
Diagnósticos:					
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS		Autorización No.		Despacho proveedor:	
Medicamento:	Presentación	Principio activo	Dosis	Posología	Días
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO		Autorización No.			
Rayos X _____		Gastroscopia _____		Electrocardiograma _____	
Ultrasonido _____		Colonoscopia _____		Electroencefalograma _____	
Tomografía _____		Cistoscopia _____		Desitometria ósea _____	
Resonancia magnética _____		Colposcopia _____		Electromiograma _____	
Ecocardiograma _____		Otros _____			
Estudios de laboratorio: _____					

PROCEDIMIENTO A EFECTUAR EN HOSPITAL O CLÍNICA					
Adjuntar a la presente solicitud informes de estudios de diagnóstico					
Nombre de proveedor afiliado: _____					
Procedimiento a realizar: _____				Código: _____	
Costo de honorarios: _____					
Fecha de procedimiento: _____			Días de hospitalización: _____		
Observaciones: _____					

Asegurado: Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los médicos, hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a Aseguradora General, S.A., cualquier información relacionada con el record médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente.					
Firma de Asegurado: _____			Firma y Sello Médico: _____		
Solicitudes: E-mail: autorizacionesgm@aseguradorageneral.com - contacto Aseguradora General - PBX 1757 - Depto. de autorizaciones médicas					
CUPÓN DE CONSULTA EXTERNA RED MÉDICA					
Fecha: _____		Numero de autorización: _____			
Número de póliza: _____		Certificado: _____			
Nombre de asegurado titular: _____					
Nombre del paciente: _____					
Fecha de nacimiento: _____					
Nombre del médico: _____		Número de colegiado: _____			
Diagnósticos: _____					

Firma asegurado		Firma del médico		Sello del médico	

