



Fecha: _____

Autorización _____

Instrucciones: Este formulario deberá ser completado únicamente por el médico tratante. Aplica para cualquier procedimiento a efectuar en clínica, Hospital o para exámenes de laboratorios que le sean ordenados a los asegurados.

Datos del Asegurado:

Número de Póliza: _____ Certificado: _____

Asegurado Titular: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Empresa Contratante: _____

Teléfono Asegurado: _____ E-Mail: _____

Informe del Médico Tratante:

Nombre del Médico: _____ Colegiado: _____

Teléfono de clínica: _____ E-Mail: _____

Fecha de primera consulta: _____

Síntomas presentados: _____

El asegurado ha sido tratado anteriormente por la misma incapacidad: Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa especifique: _____

Indique el Diagnóstico (s): _____

Según opinión médica cuando se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión: _____

Según lo indicado anteriormente, solicito sea autorizado el procedimiento en: (Deberá identificar el Proveedor a utilizar)

Hospital _____ Clínica _____ Laboratorio _____

Procedimiento en Hospital o Clínica: (Presentar resultados de exámenes realizados)

Procedimiento a realizar: _____

Costo de Honorarios: _____

Código de Cirugía: _____

Fecha de procedimiento: _____ Días de Hospital: _____

Observaciones: _____

Exámenes de Diagnóstico Ordenados: (Solo aplican exámenes relacionados con la incapacidad, adjuntar orden del médico)

Rayos X _____	Resonancia Magnética _____	Manometría Esofágica _____
Ultrasonido _____	Densitometría Ósea _____	Mapeo Cerebral _____
Colonoscopia _____	Electroencefalograma _____	Ph Metria _____
Gastroscopia _____	Aparato Holter _____	Prueba de Esfuerzo _____
	Otros Laboratorios _____	

Detalle exámenes ordenados _____

Firma Asegurado: _____

Firma y Sello Médico: _____