



## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO DE HOSPITALES

Autorización:

Fecha:

*Instrucciones de uso: El formulario de solicitud deberá ser completado únicamente por el médico tratante y no por el personal administrativo. Adicionalmente deberá contener firma del asegurado, médico y hospital. Favor adjuntar HOJA DE INGRESO DEL PACIENTE.*

### — DATOS ASEGURADO

Número de póliza:	Certificado:
Nombre asegurado titular:	No. DPI:
Nombre del paciente:	No. DPI:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Empresa contratante:	Teléfono:

### — INFORME MÉDICO

Nombre del hospital:			
Nombre del médico tratante:			
Síntomas presentados:			
Diagnósticos: _____			
_____			
¿El asegurado ha sido tratado por la misma incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, especifique: _____			
_____			
Según opinión médica cuándo se originó esta enfermedad o lesión:			
Procedimiento a realizar I:			
Procedimiento a realizar II:			
Honorarios médicos	Cirujano:	Asistente:	Anestesia:
	Patología:	Equipo:	Otros:
Número de visitas	Emergencia:	Piso:	UTI:
Días de hospital:			
Fecha de ingreso:			
Fecha de egreso:			
Correo electrónico o fax:			
Observaciones: _____			
_____			

 \_\_\_\_\_  
 Firma asegurado

 \_\_\_\_\_  
 Sello hospital

 \_\_\_\_\_  
 Firma y sello médico