



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