

Formulario de Pre-Autorización de Gastos Médicos



Empresa/Tomador con quien tiene la Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ N° Identificación: _____ Edad: _____

Titular de la Póliza Dependiente de la Póliza N° Teléfono: _____

Nombre Médico Tratante: _____ N° Teléfono: _____

Información de Padecimiento

Tipo de padecimiento: Accidente Enfermedad Embarazo Fecha de Inicio/Ocurrencia: _____

Servicio Solicitado: Medicamentos Laboratorios Imágenes Procedimiento/Cirugía Otro _____

Diagnóstico/Impresión Diagnóstica/Síntomas (Detalle):

Indique si ha recibido tratamiento anteriormente por este padecimiento (Detalle):

En caso de Procedimiento Quirúrgico

Clínica/Hospital Propuesto: _____

Fecha Propuesta: _____ Ambulatorio Hospitalización Estimado de días: _____

Procedimiento Propuesto

Código CPT

Honorarios

Cirujano: _____

Anestesia: _____

Asistente: _____

Recuerde adjuntar todo resultado, reporte, estudio o aclaración médica que pueda respaldar el diagnóstico indicado y el procedimiento solicitado.

Firma Médico: _____ Sello: _____ Fecha: _____

Asegurado: Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que me trataron por la enfermedad escrita en este formulario, para que suministren a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.

Firma Asegurado