

**FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD**



Paciente:

Fecha de nacimiento

Sexo: M F

Tomador:

Póliza N°

Teléfonos

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE
(VERIFIQUE LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE)**

1. Diagnóstico principal y ICD: _____

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual):

<u>FECHAS (S)</u>	<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de embarazo:

Embarazo N°: _____ FUM: _____

4. Hallazgo físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorio: _____

6. Resultados significativos de Rayo X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.

7. Indique tratamiento planeado, quirúrgico o médico: _____

8. Fecha programada para la hospitalización del paciente: _____ Fecha planeada de cirugía: _____ Tiempo estimado para la hospitalización: _____ días

Tipo de anestesia General

Hospital seleccionado: _____

Planeada: Local

Médico Anestesiólogo: _____

Raquídea

9. Estimación de cargos y Beneficios de póliza:

Solicitado

CTP _____

Honorarios por
Procedimientos y/o cirugía

Honorarios de Anestesiólogo:

Días solicitados para este procedimiento: _____ días

Firma del médico

Fecha

Aprobado por:

Nombre y especialidad (letra imprenta)

Número de teléfono

Fecha:

Apartado o dirección o N° de fax

