

PRE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIAS

Favor completar con letra de molde LEGIBLE

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO							
Nombre del Asegurado:			Nombre del Dependiente :			Parentesco:	
Póliza:	Certificado:		Edad:	Sexo:		Nacionalidad:	
Lugar de Trabajo:			Teléfono Oficina:		Tel. Residencia:	Celular:	
Dirección de correo electrónico donde deseo recibir resolución:							
Autorizo a todos los médicos, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier información incluyendo copia exacta del expediente del paciente.							
SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE							
Nombre del Paciente:							
Diagnóstico y Código ICD-9: (Adjuntar copia de los resultados de laboratorios y otros exámenes efectuados)							
Breve historia de condición del paciente:							
Procedimientos, estudios o tratamientos a efectuarse (Código CPT y nombre):							
Fecha de Primeros Síntomas:							
Nombre del Hospital:							
Fecha sugerida de ingreso:			Días de hospitalización sugeridos:				
DETALLE DE HONORARIOS (IVA INCLUIDO)				Honorarios Autorizados (Para uso de La Compañía)			
CIRUJANO:	Q.			Q.			
ASISTENTE DE CIRUJANO:	Q.			Q.			
ANESTESIOLOGO:	Q.			Q.			
MEDICO TRATANTE:	Q.			Q.			
PEDIATRA:	Q.			Q.			
OTROS:	Q.			Q.			
OTROS:	Q.			Q.			
CUARTO Y ALIMENTO:	Q.			Q.			
	Q.			Q.			
	Q.			Q.			
Firma y sello del Médico tratante: (Información obligatoria)				Teléfono:			
				Fecha:			