

### PREAUTORIZACION PARA EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO				
Nombre del Asegurado:		Nombre del dependiente:		Parentesco:
Póliza:	Certificado:	Edad:	Nacionalidad:	Sexo:
Lugar de trabajo:		Celular y número de oficina:		
Correo electrónico donde desea recibir la 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:				
Diagnostico a descartar:			Fecha estimada de inicio de esta enfermedad:	
Breve Historia de la condición del paciente:				
EXAMENES REQUERIDOS POR EL MEDICO TRATANTE				
DESCRIPCIÓN	REGIÓN	DESCRIPCIÓN		
Tomografía		Colonoscopia		
Mapeo Cerebral		Gastroscopia		
Resonancia Magnetica		Ecocardiograma		
Ultrasonido		Electrocardiograma		
Densitometria Osea		Electromiograma		
Doppler		Mamografía		
Manometria		Ultrasonido mamario		
Rayos X		Ph Metria		
Holter Cardiaco		Pielograma		
Prueba de esfuerzo		<b>Otros:</b>		
Centellograma				
Enema de bario simple				
Enema de bario Doble				
<b>OBSERVACIONES:</b>				
Nombre del Centro de Diagnostico afiliado a la red:				
Nombre del medico tratante:				
Colegiado:	Telefono:	Correo electronico		
Firma y sello del medico tratante:				