

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN

### HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA.

#### 1. DATOS GENERALES:

Contratante:	
Póliza:	Certificado:
Asegurado Titular:	
Paciente:	
Parentesco:	
Fecha de Vigencia:	

#### 2. INFORMACION CLÍNICA

Diagnóstico Principal:	
Diagnóstico secundario:	
Antecedentes personales:	
Reporté de exámenes y estudios realizados: (Favor anexar resultados)	
Procedimiento quirúrgico o tratamiento que realizara:	
Procedimiento Ambulatorio: ( )	Procedimiento Hospitalario: ( )

#### 3. COSTOS MEDICOS E INSUMOS ESTIMADOS:

<b>COSTO MEDICOS:</b>	
Honorarios médicos:	\$
Honorarios de Anestesia:	\$
Honorarios patología:	\$
Otros:	\$

<b>COSTOS HOSPITALARIOS:</b>	
Hospital:	Fecha de intervención:
Días estimados de Hospitalización:	Costo estimado de la cuenta Hospitalaria:

Insumos, equipo, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación:  
(Anexar cotizaciones)

Observaciones:	
<p>_____</p> <p>Firma y sello de médico tratante</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
<p>_____</p> <p>Firma y sello de Asegurado</p>	<p>_____</p> <p>Email donde remitir respuesta</p>

Para uso de Atlántida Vida, Seguros de personas, S.A:

**4. COSTOS MEDICOS E INSUMOS ESTIMADOS:**

Aprobado:	Si ( )	No ( )
Honorarios médicos:	\$	
Honorarios de Anestesia:	\$	
Honorarios patología:	\$	
Otros:	\$	
<b>COSTOS HOSPITALARIOS:</b>		
Hospital:	Fecha de intervención:	
Días estimados de Hospitalización:	Costo estimado de la cuenta Hospitalaria:	
Insumos, equipo, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación: (Anexar cotizaciones)		
Observaciones:		
Observaciones:		
Firma de autorización		Fecha de resolución

**5. CRÉDITO HOSPITALARIO**

Aprobado:	Si ( )	No ( )
Observaciones:		
Firma de autorización		Fecha de resolución