

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: <input type="checkbox"/>	Procedimiento Hospitalario: <input type="checkbox"/>
3. COSTOS MEDICOS E INSUMOS ESTIMADOS:	
COSTO MEDICOS:	
Honorarios médicos:	\$
Honorarios de Anestesia:	\$
Honorarios patología:	\$
Otros:	\$
COSTOS HOSPITALARIOS:	
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:	
_____ Firma y sello de médico tratante	
_____ Fecha	
_____ Firma y sello de Asegurado	
_____ Email donde remitir respuesta	

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

4. COSTOS MEDICOS E INSUMOS ESTIMADOS:		
Aprobado:	Si (<input type="checkbox"/>)	No (<input type="checkbox"/>)
Honorarios médicos:	\$	
Honorarios de Anestesia:	\$	
Honorarios patología:	\$	
Otros:	\$	
COSTOS HOSPITALARIOS:		
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 (<input type="checkbox"/>)	No (<input type="checkbox"/>)
Observaciones:		
Firma de autorización		Fecha de resolución