

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:	
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 () No ()
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 () No ()
Observaciones:	
_____	_____
Firma de autorización	Fecha de resolución