

FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES - PAGO DIRECTO

Lugar y fecha:

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza:

Contratante:

Certificado:

Asegurado titular:

DPI:

Nombre de paciente:

DPI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Ocupación:

Teléfono del asegurado:

E-mail:

INFORMACIÓN MÉDICA (información a ser completada por el médico tratante)

Síntomas presentados:

Diagnósticos:

— SOLICITUD DE MEDICAMENTOS		AUTORIZACIÓN NO.:		DESPACHO #:		
Medicamento:		Presentación	Principio activo	Dosis	Posología	Días
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

— SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

AUTORIZACIÓN NO.

Rayos X:

Gastrocopia:

Electrocardiograma:

Ultrasonido:

Colonoscopia:

Electroencefalograma:

Tomografia:

Cistoscopia:

Densitometria ósea:

Resonancia magnetica:

Colposcopia:

Electromiograma:

Ecocardiograma:

Otros:

Estudios de laboratorio :

— PROCEDIMIENTO A EFECTUAR EN HOSPITAL O CLÍNICA

Adjuntar a la presente solicitud informes de estudios de diagnóstico.

Nombre del proveedor afiliado:

Procedimiento a realizar:

Código:

Costo de honorarios:

Fecha de procedimiento:

Días de hospitalización:

Observaciones:

Asegurado: Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los médicos, hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a ASEGURADORA GENERAL, S.A., cualquier información relacionada con el record médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente.

Firma de asegurado: _____

Firma y sello médico: _____

CUPÓN DE CONSULTA EXTERNA RED MÉDICA

Fecha:

Número de autorización:

Número de póliza:

Certificado:

Nombre del asegurado titular:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número de colegiado:

Nombre del médico:

Diagnósticos:

Firma del asegurado

Firma del médico

Sello del médico