

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN, AUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Nombre del Asegurado Titular:		Edad:		Sexo:	
Nombre del Paciente:		Parentesco:		Sexo:	
Nombre del Contratante:		No. de Teléfono:			
Póliza No.		Cert.		E-mail:	
<p>Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier institución de servicios de salud para que suministre a los representantes de Seguros Banrural Honduras S.A. toda información médica de mi persona o de mis dependientes elegibles, sobre cirugías y tratamientos a efectuarse incluyendo revisión y copia de expediente clínico. Esta información para determinar si la cirugía, o tratamiento y los costos relacionados tendrán cobertura.</p>					
<p>Firma del Paciente _____ Firma del Asegurado _____</p>					
<p>Firma del asegurado si el paciente es menor de edad</p>					

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

<p>Diagnóstico (s): Si la enfermedad (es) es (son) a consecuencia de un accidente indicar COMO, CUANDO Y DONDE:</p>					
<p>Descripción de la lesión</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
Hora del accidente:		AM:		PM:	
<p>Historia clínica del Paciente: (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual). Indicar Antecedentes Quirúrgicos.</p>					
FECHA (S)		DIAGNÓSTICO (S)		PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>Procedimiento (s), Tratamiento (s) o exámenes especiales a realizar: (Adjuntar resultados o exámenes que respalden su diagnóstico)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
Indique el tipo de atención:		Hospitalización		Exámenes Especiales	
		Cirugía		Emergencia	
<p>En caso de cirugía indique tipo de anestesia planeada:</p>					
<p>Fecha de los primeros síntomas:</p>					
<p>Nombre del médico que refirió al paciente:</p>					
<p>Hospital Seleccionado:</p>					
<p>Fecha de ingreso al Hospital o de realización del procedimiento o tratamiento médico:</p>					
<p>Días de hospitalización requeridos:</p>					
<p>En caso de Embarazo:</p>					
Embarazo No.		Fecha de la última menstruación:		Fecha de la primera visita médica:	
<p>Fecha probable de parto:</p>					

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN, AUTORIZACIÓN E HISTORIA CLÍNICA

DETALLE DE HONORARIOS COBRADOS POR LOS MÉDICOS	CÓDIGO SEGÚN TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	
Detalle el uso, compra o alquiler de Materiales y Equipo: Costo: _____ Nota: No se reconocerán los materiales y equipo especial no reportado. Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono _____ Firma y Sello del Médico Tratante _____ Fecha: _____	

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Hospital:		
Nombre del Paciente:		
Nombre del Titular:	No. de Póliza	No. de Cert:
Diagnóstico:		
Procedimiento Autorizado: _____		
Autorizado: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Valor a pagar por Aseguradora _____ %		
Valor a pagar por el Asegurado _____ % más el 100% de los gastos no elegibles y excesos		
Cuarto y Alimentación por día: _____, Tiempo de Hospitalización Autorizado: _____, Deducible: _____		
Límite Máximo por Maternidad:		
Parto Normal Lps. _____		
Cesárea Lps. _____		
Aborto Lps. _____		

HONORARIOS RECONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA	CÓDIGO SEGÚN TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS
Cirujano Principal:	
Médico Asistente:	
Anestesiólogo:	
Otros:	
Equipo:	

Observaciones:
Firma Autorizada: _____ Fecha: _____ N. Autorización _____ Observación: Esta aprobación está basada en los diagnósticos, historia clínica y procedimientos antes descritos y su validez de 30 días. Nota: Este formulario debe ser presentado a la compañía de seguros con cinco (5) días de anticipación a la realización del procedimiento quirúrgico o tratamiento médico. En caso de maternidad solicitar la autorización con quince (15) días de anticipación a la fecha probable de parto. Cualquier procedimiento adicional o complicaciones deberán ser notificados inmediatas para su debida evaluación. Gastos no cubiertos como son: Acompañante, aire acondicionado, teléfono, servicio de apoyo y todos gastos que no tengan relación directa con la recuperación del paciente, etc.