



Producto Exclusivo de



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

FORMULARIO DE AUTORIZACION (EMERGENCIAS, HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS)

Compañía de Seguros: _____ Póliza No. _____ Certificado No. _____

Nombre del Titular: _____ No. De Carné RPN: _____

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL MEDICO TRATAENTE

I. DATOS GENERALES

Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F

Fecha de Nacimiento _____ ¿Trabaja? SI NO Empresa _____

II. HISTORIAL MÉDICO / DATOS DEL PROCEDIMIENTO

¿Desde cuándo trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____

La condición del paciente se debe a:

| | | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------|-------------------------------|
| Accidente de Trabajo | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automóvil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Común | <input type="checkbox"/> | Fecha | _____ |
| Otros Accidentes | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | U.M. | Día _____ Mes _____ Año _____ |

Describa el Diagnóstico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede.

¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____

¿Ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Si No

Si es afirmativo: ¿Cuándo? Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Médico : _____

Indique el Diagnóstico: _____

Procedimiento o Cirugía a Realizar? _____

| | |
|---------------------|------------------|
| Código REDHSA _____ | Porcentaje _____ |
| Código REDHSA _____ | Porcentaje _____ |
| Código REDHSA _____ | Porcentaje _____ |

Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____

Hospital donde desea la admisión : _____

Tiempo o duración de la estadía hospitalaria (en letras): _____ Días.

Honorarios por el procedimiento (Incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____

| | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede ser realizada Ambulatoriamente? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere Ayudante? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Requiere Anestesiólogo? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere Médico Adicional | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Otras Observaciones _____

¿Ha obtenido una segunda opinión médica? Si No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Dirección del Médico que emitió la Segunda Opinión: _____

Observaciones: _____

Lugar y Fecha _____, Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Médico

Especialidad

Firma y Sello Médicos

Teléfono

Certifico que la información declarada es verídica a mí leal saber y entender