

FORMULARIO PARA PRE-CERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

INSTRUCCIONES

1. Asegúrese de que su Médico llene completamente la Sección I "Información del Médico tratante".
2. Complete la Sección II "Información del Paciente".
3. Envíe este formulario a PALIC, por lo menos siete días de anticipación a su tratamiento.
4. PALIC le notificará.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente _____ Sexo F M Edad _____

Diagnóstico principal _____

Diagnósticos Secundarios _____

Fecha de Inicio de la enfermedad: Día _____ Mes _____ Año _____

Resumen de la Historia Clínica: _____

Procedimiento a Realizarse _____

Indica Usted: Hospitalización Cirugía Fecha Programada de la Cirugía (si aplica) Día _____ Mes _____ Año _____

Razón de la admisión o del procedimiento _____

Hospital donde desea admisión _____ Fecha Programada de la admisión Día _____ Mes _____ Año _____

IMPORTANTE: Tiempo da duración de la estadía hospitalaria (en letras) _____ Día (sujeto a evaluación)
De ser necesario días adicionales de hospitalización sirvase comunicarlo a PALIC con 24 horas de anticipación para obtener la aprobación. De lo contrario no se pagarán los gastos médicos y hospitalarios por los días adicionales no autorizados.

Resultados de Laboratorio y Rayos X (adjuntar informes) _____

Honorarios y código de arancel REDHSA por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____

¿Puede ser ejecutada Ambulatoriamente? Si No ¿Requiere Anestesiólogo? Si No

¿Requiere Ayudante? Si No ¿Requiere un Médico adicional? Si No En caso afirmativo justifique _____

¿Se ha obtenido una segunda opinión médica? Si No ¿En que fecha? Día _____ Mes _____ Año _____

-Nombre y Dirección del médico que emitió la segunda opinión _____

-Indique la opinión y adjunte los resultados de la segunda opinión _____

Observaciones: _____

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Especialidad

Firma y Sello

Nombre del médico _____ Número de Teléfono _____

CAPÍTULO VIII RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DEL CÓDIGO DE ÉTICA DEL CMH ARTÍCULO 38. El médico emitirá sus dictámenes con objetividad, imparcialidad, observando las normas ético-morales.

CAPÍTULO VI SECRETO MÉDICO ARTÍCULO 15. El médico podrá revelar información de pacientes que estén bajo su responsabilidad, cuando estos no tengan la capacidad de evaluar su problema y solucionarlo por sus propios medios o que el silencio pueda causar daño al paciente, a terceros o a la sociedad.

CAPÍTULO VIII RELACION DEL MEDICO PACIENTE DEL CODIGO DE ETICA DEL CMH ARTICULO 38 el medico emitirá sus dictámenes con objetividad, imparcialidad y veracidad, observando las normas ético morales.

CAPÍTULO VI SECRETO MEDICO ARTICULO 15. El medico podrá revelar información de pacientes que están bajo su responsabilidad, cuando estos no tengan la capacidad de evaluar su problema y solucionarlo con sus propios medios, o que el silencio pueda causar daño al paciente, a terceros o a la sociedad

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (para ser completado por el Empleado)

Nombre del Asegurado Principal _____ Póliza _____ Certificado _____
Nombre del Paciente _____ Sexo F M
Dirección (Colonia, calle # casa) _____ Teléfono: _____
Parentesco con el asegurado Usted Cónyuge Hijo Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
Autorizo a todos los médicos, clínicas, centros hospitalarios, de laboratorio, de imágenes especiales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) relacionados a tratamientos y servicios médicos prestados a mi y/o a mis dependientes.

Firma del Asegurado Principal Firma del Paciente Fecha: Día / Mes / Año

PARA USO EXCLUSIVO DE PALIC

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL MEDICO CONSULTOR DE PALIC

Tratamiento Recomendado por el Médico Tratante: Hospitalización Cirugía Otros
Confirmado No se requiere en este momento Recomiendo Terapia Alterna

EN CASO DE REQUERIR CIRUGÍA

¿Puede ser ejecutada Ambulatoriamente? Si No
¿Requiere Anestesiólogo? Si No
¿Requiere Ayudante? Si No
¿Requiere un Médico adicional? Si No En caso afirmativo justifique: _____

IMPORTANTE: Número de días autorizados para esta Hospitalización (en letras) _____ Días

EN CASO DE REQUERIR TERAPIA ALTERNA

Explique ¿Qué tipo de terapia? _____

¿Recomienda Usted refirió a otro Médico para una evaluación adicional sobre esta condición? Si No

Si su respuesta es positiva ¿Por qué razón? _____

¿A quien? Dr. _____ Dirección _____

Su diagnóstico final es: _____

Observaciones: _____

Lugar y Fecha Ciudad _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Médico Consultor _____ Especialidad _____

Teléfono _____ Firma y Sello _____

Confirmando que las declaraciones anteriores son exactas a mi real saber y entender

SECCIÓN IV: AUTORIZACIÓN

APROBADO Si No

Días de Hospitalización si no hay recuperación previa (en letras): _____ Días

Días Honorarios Médicos Reconocidos: _____

Código _____

Observaciones _____

Autorizado por _____ Lugar y Fecha _____

Ciudad Día Mes Año