



PRE-CERTIFICACIÓN  
**PLANES MEDICOS S.A. DE C.V.**  
**PLANMED**  
San Pedro Sula, Honduras

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_

Contrato

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La atención se debe a:

Enfermedad  Maternidad  Sala de Emergencias  Accidente  Cirugía  Paciente Interno

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procedimiento o Cirugía a realizar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, ¿En que fecha comenzo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fue causada la dolencia por un accidente  Si  No , en caso afirmativo justifique:

Cuando ocurrió \_\_\_\_\_

Donde ocurrió \_\_\_\_\_

Como ocurrió \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Hospital o del Médico

Para Uso Exclusivo de PLANES MEDICOS S.A. DE C.V.

Copago Honorarios: \_\_\_\_\_

Copago Hospitalización: \_\_\_\_\_

Honorarios REHSA por procedimiento: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizada por: PLANES MEDICOS

Precertificación N. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_