

**FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN E HISTORIA
CLÍNICA
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD**



Nombre del Asegurado:

N° de Cédula:

Póliza N°

N° de Certificado:

Nombre del Paciente:

N° de Cédula:

Teléfonos:

Sexo: M F

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por la presente, manifiesto de manera voluntaria en autorizar a todo médico, hospital, clínica e intermediarios de seguros Mapfre Costa Rica, a proporcionar datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen clínico o expediente clínico necesario para el procesamiento de este análisis.

Firma del asegurado: _____

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE
(VERIFIQUE LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE)**

1. Diagnóstico principal y ICD: _____

2. Historia Clínica del paciente (Indique fechas de las diferentes atenciones médicas, incluyendo la actual):

FECHAS (S)

DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS

<u>FECHAS (S)</u>	<u>DIAGNÓSTICOS</u>	<u>TRATAMIENTOS</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Antecedentes Quirúrgicos con sus fechas: _____

En caso de embarazo: Embarazo N°: _____ FUM: _____

4. Hallazgos físicos pertinentes: _____

5. Resultados significativos de laboratorio: _____

6. Resultados significativos de Rayo X: _____

Adjuntar resultados de los diferentes exámenes preliminares relacionados con esta dolencia.

7. Indique tratamiento planeado, quirúrgico o médico: _____

CTP _____
CTP _____

CPT _____
CPT _____

Tipo de Intervención: Ambulatorio Hospitalario

8. Fecha programada para la hospitalización del paciente: _____ Fecha planeada de cirugía: _____ Días solicitados para la hospitalización: _____ días

Tipo de anestesia General **Hospital seleccionado:** _____

Planeada: Local **Médico:** Staff Red No Red

Raquídea **Médico Anestesiólogo:** _____

Médico Asistente: _____

9. Estimación de cargos y Beneficios de póliza:

	Solicitado
Honorario del Cirujano:	
Honorario del Anestesiólogo:	
Honorario del Asistente:	
Visitas Intrahospitalarias:	

Firma del médico

Fecha

Razón Social que factura honorarios médicos:

Nombre y especialidad (letra imprenta)

Número de teléfono

Apartado o dirección o N° de fax