

Formulario de Pre-Autorización Gastos Médicos



Internacional de Seguros

Empresa/Tomador con quien tiene la Póliza: _____

Nombre Asegurado Titular de la Póliza: _____

Correo Electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Nombre Asegurado que recibe el servicio: _____ N° Identificación: _____ Edad: _____

Nombre del Médico Tratante: _____ N° Teléfono: _____

Información de Padecimiento

Tipo de padecimiento: Accidente Enfermedad Embarazo Fecha de Inicio de síntomas: _____

Servicio Solicitado: Medicamentos Laboratorios Imágenes Procedimiento/Cirugía Otro _____

Diagnóstico/Impresión Diagnóstica/Síntomas (Detalle):

Indicar si se ha recibido tratamiento anteriormente por este padecimiento (Detalle):

En caso de Procedimiento Quirúrgico

Clínica/Hospital Propuesto: _____

Fecha Propuesta: _____ Ambulatorio Hospitalización Estimado de días: _____

Procedimiento Propuesto	Código CPT	Honorarios
_____	_____	Cirujano: _____
_____	_____	Anestesia: _____
_____	_____	Asistente: _____
_____	_____	

Firma y Código Médico: _____ Sello: _____ Fecha: _____

Asegurado: Autorizo a todos los médicos, hospitales y demás instituciones o personas que me trataron por la enfermedad escrita en este formulario, para que suministren a Internacional de Seguros, cualquier información incluyendo copias exactas de los archivos, exámenes para diagnóstico y demás información pertinente.

Fecha: _____ Firma Asegurado: _____