

Formulario de Pre-Autorización Hospitalaria y/o Quirúrgica

Estimado Asegurado: para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico tratante con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo en un máximo de 24 horas posteriores a la cirugía. Al no cumplir estos requisitos la compañía se reserva el derecho de pago.

Datos Generales				
Nombre del Patrono o Contratante:				
No. De Póliza:		No. De Certificado		
Nombre del Asegurado Titular:				
Nombre del Paciente:		Fecha de nacimiento: Día	Mes	Año
Motivo de la Hospitalización:	Accidente () Enfermedad () Embarazo ()			
En caso de accidente, indique el lugar y fecha en que ocurrió el evento:		Día	Mes	Año
Describa cómo sucedió el accidente:				
En caso de enfermedad, en su opinión cuándo iniciaron los primeros síntomas:		Día	Mes	Año
Médico o Médicos Tratante(s) (indicar especialidades):				
Resumen Historial clínica (puede anexar documentación)				
Historia Clínica:				
Antecedentes Personales (AP):				
Examen Físico:				
Reporte de exámenes y estudios realizados:				
Diagnóstico Principal:				
Procedimiento quirúrgico o tratamiento a realizar:				
Procedimiento Hospitalario:		Procedimiento Ambulatorio:		

SECCIÓN A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Costos médicos e insumos estimados			
Honorarios Quirúrgicos:	(IVA incluido)	Honorarios Anestesia:	(ISV incluido)
Honorarios Patología:	(IVA incluido)	Otros:	(ISV incluido)

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento/tratamiento:		(ISV incluido)			
Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones):		(ISV incluido)			
Costos hospitalarios					
Hospital:		Fecha de internamiento:	Día	Mes	Año
Días estimados de hospitalización:	Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria):		(ISV incluido)		

Firma y sello del médico tratante

Fecha

Firma del asegurado

Email donde remitir respuesta

SECCIÓN A SER COMPLETADA POR LA ASEGURADORA

Costos médicos e insumos estimados	
APROBADO ()	NO APROBADO ()
Honorarios Quirúrgicos (ISV incluido)	Honorarios Anestesia (ISV incluido)
Honorarios Patología (ISV incluido)	Otros (ISV incluido)
Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento/tratamiento:	
(ISV incluido)	
Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones):	
(ISV incluido)	
Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria):	
(ISV incluido)	
Observaciones:	

Nombre, firma y sello de autorización

Fecha de resolución

Crédito Hospitalario	
APROBADO ()	NO APROBADO ()
Todo ingreso hospitalario deberá ser presentado y reportado al correo siniestros.honduras@assanet.com inmediatamente ocurra el ingreso.	
Observaciones:	

Nombre, firma y sello de autorización

Fecha de resolución