

SOLICITUD PREAUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN

Esta autorización debe ser presentada con 5 días de anticipación
a la cirugía programada y su hospitalización

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recepción: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Datos Generales del Asegurado (Sección para ser llenada por el Asegurado)

Empresa: _____ No. de Póliza: _____ Edad del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____ Relación: Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐
Nombre del Titular: _____ No. de Certificado: _____
Año en que se atendió por primera vez la enfermedad: _____ Fecha en que se atendió por última vez la enfermedad: _____
DIA MES AÑO

Datos Generales de la Atención Médica (Sección para ser llenada por el Médico Tratante)

La hospitalización se debe a:
Enfermedad ☐ Maternidad ☐ Cirugía con Hospitalización ☐
Accidente ☐ Emergencia ☐ Cirugía Ambulatoria (Hospital del Día) ☐ Otros _____

Diagnóstico Principal (CIE 10)

Tratamiento médico-clínico, procedimientos especiales no quirúrgico ☐ Procedimiento quirúrgico ☐
Detalle del procedimiento a realizar: _____
Días de hospitalización (Sujeto a Evaluación): _____ Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: _____
DIA MES AÑO

Datos del presupuesto

Nombre Médico Tratante: _____ Especialidad: _____
Nombre de Hospital/Clinica o Centro Médico: _____ Ciudad: _____
Honorarios Cirujano US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios Cirujano ayudante US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios Anestesiólogo US\$ _____ Código (s) CPT _____
Honorarios Médico Clínico/otra especialidad US\$ _____ Código (s) CPT _____
Pediatra US\$ _____ Código (s) CPT _____
Otros médicos: US\$ _____ Código (s) CPT _____
Tipo de Anestesia: ☐ General ☐ Local ☐ Raquídea ☐ Otra _____
Fecha de inicio de la patología: _____
DIA MES AÑO
Costos Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis etc, que se deba conocer
Detalle: _____ US\$ _____
_____ US\$ _____
Firma del Asegurado Firma y sello del Médico Tratante Teléfonos del Médico Tratante

Datos de Preautorización (Sección para ser llenada por Pan-American Life Ins. Co)

Fecha Efectiva Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO
Fecha de Autorización: _____ Clase: _____
Preexistencias: _____ Fecha Efectiva de la Póliza: _____
DIA MES AÑO
Médico con convenio ☐ Médico sin convenio ☐

Datos adicionales de la póliza / asegurado

Primas Pagadas hasta: _____
DIA MES AÑO
Créditos Hospitalarios Pendientes desde: _____ Por un Total de US\$ _____
DIA MES AÑO
Observaciones: _____
Maternidad con Cuadro hasta: _____ Parto normal US\$ _____ Cesárea US\$ _____
Nueva Inclusión: Si ☐ No ☐

		CPT					
PREAUTORIZACION N°	MONTO						%
Honorarios Cirujano	US\$	Código (s)					
Honorarios Cirujano ayudante	US\$	Código (s)					
Honorarios Anestesiólogo	US\$	Código (s)					
H. Méd. Clínico/otra especialidad	US\$	Código (s)					

Otros médicos: Pediatra _____
Cobertura de Recién Nacido: Desde 1^{er} día ☐ Desde 10^{mo} día ☐ Monto fijo US\$ ☐ Sin cobertura ☐
Límite por cuarto y alimento diario: US\$ _____

PREAUTORIZACIÓN APROBADA ☐
PREAUTORIZACIÓN CONDICIONADA ☐ Causa: _____
PREAUTORIZACIÓN DENEGADA ☐ Causa: _____

Firma y Nombre del Responsable de Preautorización