



Metropolitana
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**DEVOLVER CONFIRMACION AL
FAX No. _____**

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION Y CONFIRMACION DE BENEFICIO

Estudios Especializados, Cirugías y Hospitalizaciones Electivas

CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

| | | | |
|---|-------------------------------|--|----------------------|
| Nombre del Asegurado: | | No. de Cédula / Certificado: | |
| Lugar de Trabajo: | | No. de Póliza: | |
| Teléfonos: | Oficina: <input type="text"/> | Residencia: | <input type="text"/> |
| Nombre del Paciente: | | No. de Cédula: | |
| Parentesco: | | Edad _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| <i>Autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.</i> | | | |
| FIRMA DEL ASEGURADO: | | FECHA: | |

SECCION PARA SER COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL

| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|
| Diagnóstico de Padecimiento Actual: | | <input type="text"/> | Código de Diagnóstico ICD-10 | Fecha de Primeros Síntomas: |
| Breve Historia de Condición del Paciente: | | Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados (Adjuntar con solicitud). | | |
| | | Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse: Código CPT / Nombre • • • • | | |
| HONORARIOS MEDICOS: <input type="text"/> | Ambulatorio: <input type="checkbox"/> | Nombre de Hospital o Clínica: | | |
| | Hospitalización: <input type="checkbox"/> | | | |
| | Efectiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Días de Reclusión Requeridos: | Fecha Sugerida de Ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____ | |
| FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE | | FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL | | |
| Fecha: _____ | | Fecha: _____ | | |