

Esta solicitud debe ser presentada a HUMANA S.A. **con mínimo 5 días hábiles antes** de la cirugía programada y debe ser llenada con todos los datos completos. HUMANA S.A. responderá su requerimiento en 2 días hábiles.

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Empresa Contratante: \_\_\_\_\_  
 Seleccione el Contrato al que desea aplicar este crédito: Corporativo  Individual  Empresarial  Renacer  Proteger   
 Titular: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
 (Apellidos y nombres)  
 Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 (Apellidos y nombres)

## 2. ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS (A ser llenados por el médico tratante)

**HOSPITAL-CLÍNICA DE ATENCIÓN:** \_\_\_\_\_ Fecha tentativa de Ingreso: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
**TIPO DE ATENCIÓN:** Ambulatorio  Hospital del día  Hospitalario  **TIPO DE ANESTESIA:** Local  Raquídea/Epidural  General   
 Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 RUC: \_\_\_\_\_ ¿Usted mantiene convenio con HUMANA? Si  No  ¿Es del Staff del Hospital/Clinica? Si  No   
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico definitivo: 

<b>CIE 10</b>	_____
<b>CIE 10</b>	_____
<b>CIE 10</b>	_____

 \_\_\_\_\_

La condición actual del Paciente se debe a: Enfermedad  Accidente  Embarazo  Fecha FUM: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
 Fecha de inicio de los primeros síntomas: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Fecha del diagnóstico primera vez: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
 APP (Antecedentes Patológicos Personales): \_\_\_\_\_  
 APQ (Antecedentes Previos Quirúrgicos): \_\_\_\_\_  
 Hallazgos de Laboratorio, Imagen e Interconsultas más relevantes: \_\_\_\_\_

### DETALLE DE PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR:

<b>Código CPT</b>	_____	USD _____
<b>Código CPT</b>	_____	USD _____
<b>Código CPT</b>	_____	USD _____

En caso de requerir Ayudantía, favor indicar el nombre del Médico Ayudante: \_\_\_\_\_ USD \_\_\_\_\_

Como Médico certifico que todos los antecedentes indicados son verdaderos y que proporcionaré los respaldos médicos, tanto de exámenes complementarios, de apoyo diagnóstico, así como la copia completa de la Historia Clínica del paciente, si fueran requeridos por parte de HUMANA S.A.

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

## 3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / TITULAR

Por medio de la presente, ratifico y certifico que las declaraciones aquí rendidas son verídicas y reales. Asimismo, ratifico mi autorización sobre la entrega de información médica y de salud que se requiere para la tramitación de esta solicitud por parte de HUMANA S.A. y autorizo a todos los Profesionales e Instituciones Sanitarias y de Diagnóstico que me prestaron atención médica (o a mi representado) a proporcionar toda la información sanitaria, historia clínica integral, documentos relacionados, copias exactas de sus archivos, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Estoy consciente de que, en caso de que se compruebe falsedad o reticencia en la información suministrada, perderé mis beneficios sobre esta solicitud, sin lugar a reclamación posterior.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE (MAYOR DE 18 AÑOS)**

NOTA: Si el paciente es menor de edad, debe firmar el Titular como Representante Legal del menor.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TITULAR**

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

## 4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN

- Resultados e informes de exámenes de laboratorio, imágenes, con relación al procedimiento programado
- Placas de Imágenes realizados al paciente: Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, etc.
- Historia clínica completa en el Formato 002 del MSP (o su equivalente)