

# Solicitud de Pre-Autorización para Procedimientos Programados



## SECCIÓN 1: Datos generales de la solicitud

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_

Clase: Ambulatorio   
Hospitalario

Línea: Individual   
Corporativo   
Masivo

Broker: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2: Datos a ingresar por el asegurado

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Edad: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3: Datos a ingresar por el Médico Tratante

### DATOS DE LA INCAPACIDAD

Enfermedad

Hospitalización

Maternidad

Accidente

Diagnóstico Completo: \_\_\_\_\_

En caso de embarazo (F.U.M.) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirugía Ambulatoria   
Cirugía con Hospitalización

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_

#### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

#### TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

Código CPT: \_\_\_\_\_

Hospital y/o Clínica: \_\_\_\_\_

Hospitalización: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha Probable de Cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observaciones adicionales del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4: Presupuesto de Hospitalización

| Descripción          | Valor     |
|----------------------|-----------|
| Cirujano             | \$        |
| Ayudante             | \$        |
| Anestesiata          | \$        |
| Pediatra             | \$        |
| Gastos Hospitalarios | \$        |
| Otros (*)            | \$        |
| <b>TOTAL</b>         | <b>\$</b> |

#### NOTA:

- Este formulario debe ser presentado por lo menos 72 horas hábiles antes de la hospitalización programada y debe ser diligenciado en su totalidad.
- Se debe adjuntar resultados e informes relacionados con la incapacidad descrita.

#### (\*) Detalle de otros

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de asistencia médica que suministren a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., cualquier información, incluyendo pero no limitada a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc.

Asegurado  
Firma

Médico Tratante  
Firma y Sello

Prestador Hospitalario  
Firma y Sello