



SEGUROS DEL PACIFICO, S.A.

FORMULARIO UNICO DE PRE-AUTORIZACION HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA

Contratante: _____ Póliza No. _____ Certificado _____

PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEBERA PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON QUINCE DIAS DE ANTICIPACIÓN; EN CASO DE EMERGENCIA EN LAS 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Dependiente (si aplica): _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo F ____ M ____

Nombre del médico tratante Dr. (a): _____

Hospital donde se internara: _____ Días de hospitalización _____

Fecha de Internamiento: ____/____/____

Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____

Diagnostico principal: _____

Diagnostico secundario: _____

Procedimiento Quirúrgico (Ambulatorio Hospitalario) _____

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (iva incluido) Anestesia US\$ _____ (iva incluido)

Biopsia: US\$ _____ (iva incluido) Otros: _____

Resumen historial clínico (favor anexar resultados de exámenes): _____

Firma y Sello del Medico Tratante

Lugar y fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PACIFICO

Aprobado _____ No Aprobado _____

Honorarios Quirúrgicos: US\$ _____ (iva incluido) Anestesia: US\$ _____ (iva incluido)

Biopsia US\$ _____ (iva incluido) Otros _____

Observaciones: _____

Dr. (a) _____

Director Medico

Fecha de resolución