



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 todas 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 <i>(Adjuntar con solicitud).</i>		
		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: _____		