



SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS  
PARA PRE-AUTORIZACION  
HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DE LA EMPRESA:	POLIZA No.:	CERTIFICADO No.:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:		
NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	RELACION: Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>

II. DATOS GENERALES DE LA ATENCION MÉDICA

LA HOSPITALIZACION SE DEBE A:		
ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>	MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	CIRUGIA CON HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>
ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>	CIRUGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> OTRO: _____
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	DIAGNOSTICO SECUNDARIO:	
SEGÚN SU OPINION, ¿CUANDO SE INICIO LA ENFERMEDAD?:		
¿EN QUE LUGAR SE REALIZARA LA CIRUGIA?:	FECHA EN QUE SERA REALIZADA LA CIRUGIA:	
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A REALIZAR (incluir código de procedimiento):	HISTORIA CLINICA:	
ESTIMADO HORAS QUIROFANO:	ESTIMADO DIAS DE HOSPITALIZACION:	

III. DATOS DEL PRESUPUESTO

HONORARIOS CIRUJANO:	\$	(IVA INCLUIDO)	NOMBRE DEL MEDICO: _____ TEL. No. _____ FAX No. _____  FECHA _____ FIRMA Y SELLO _____
HONORARIOS AYUDANTE:	\$	(IVA INCLUIDO)	
HONORARIOS ANESTESIA:	\$	(IVA INCLUIDO)	
HONORARIOS BIOPSIA:	\$	(IVA INCLUIDO)	
OTROS: _____	\$	(IVA INCLUIDO)	
OBSERVACIONES:			

IV. PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS

PREAUTORIZACION No.	FECHA DE AUTORIZACION:		
HONORARIOS CIRUJANO:	\$	(IVA INCLUIDO)	OBSERVACIONES:     F. _____ DEPARTAMENTO DE RECLAMOS - SEGUROS AZUL
HONORARIOS AYUDANTE:	\$	(IVA INCLUIDO)	
HONORARIOS ANESTESIA:	\$	(IVA INCLUIDO)	
HONORARIOS BIOPSIA:	\$	(IVA INCLUIDO)	
OTROS: _____	\$	(IVA INCLUIDO)	
F. _____ FIRMA Y SELLO DIRECTOR MEDICO - SEGUROS AZUL			