

SOLICITUD DE PRE-CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

Fecha: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del asegurado: _____ Póliza No. : _____ Certificado No. : _____
 Nombre del paciente: _____
 Sexo: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre del medico de cabecera: _____ Teléfono: _____
 Nombre del médico remitente: _____
 Hospital donde desea admisión: _____
 Fecha en que desea admisión: _____
 Diagnóstico principal: _____
 Diagnóstico secundario: (máximo de dos):
 1. _____
 2. _____
 Procedimiento quirúrgico: _____ Ambulatorio Hospitalario
 Honorarios \$: _____ Anestesia \$: _____
 Resumen de historia clínica:

 Antecedentes: _____

 Resultados de gabinete y de laboratorio pertinentes (adjuntar informes):

 Nombre, Firma y sello del médico: _____
Observación: Hago constar que la información suministrada es veraz y esta basada en el historial clínico del paciente.

AUTORIZACION PAN AMERICAN LIFE

APROBADO <input type="checkbox"/>		NO APROBADO <input type="checkbox"/>	
Responsabilidad PALIC		Responsabilidad Asegurado	
Cirugía _____	Código _____	Deducible _____	
Anestesia _____	Código _____	Gtos. Hospitalarios elegibles _____	
Gtos. hospitalarios elegibles _____		Cirugía _____	
Cuarto y alimento _____		Anestesia _____	
Otros _____		Otros _____	

Aprobado. _____ Fecha: _____

NOTA AL HOSPITAL
 - EN CASO DE CIRUGÍA, ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DEL REPORTE OPERATORIO.
 - Para aprobación o extensión de días de hospitalización sírvase llamar a Pan American Life: 209-2727. Fax: 245-2792 / 91.